

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1908-1909

N° 13

De la Kératite Neuro-paralytique DE LA SYPHILIS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25 NOVEMBRE 1908

PAR

Pierre - Etienne - Marie - Adrien BERTAUD

Né à Pointe-à-Pitre (Guadeloupe), le 19 Novembre 1881

Examineurs de la Thèse	{	MM. PITRES, professeur.....	<i>Président.</i>
		ARNOZAN, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		CABANNES, agrégé.....	
		CRUCHET, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1908

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1908-1909

N° 13

De la Kératite Neuro-paralytique DE LA SYPHILIS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25 NOVEMBRE 1908

PAR

Pierre - Etienne - Marie - Adrien BERTAUD

Né à Pointe-à-Pitre (Guadeloupe), le 19 Novembre 1881

Examineurs de la Thèse

{	MM. PITRES, professeur.....	<i>Président.</i>
	ARNOZAN, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
	CABANNES, agrégé.....	
	CRUCHET, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires.
MASSE..... }

	MM.		MM.
Clinique interne.....	PICOT.	Chimie.....	BLAREZ.
	PITRES.	Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Clinique externe.....	DEMONS.	Pharmacie.....	DUPOUY.
Pathologie et thérapeu-	LANELONGUE.	Matière médicale.....	BEILLE.
tique générales.....	VERGELY (en congé).	Médecine expérimentale	FERRE.
Thérapeutique.....	VERGER (chargé).	Clinique ophtalmologi-	
Médecine opératoire..	ARNOZAN.	que.....	BADAL.
Clinique d'accouchements	VILLAR.	Clinique chirurgicale in-	DENUCE.
Anatomie pathologique	LEFOUR.	fantile et Orthopédie.	BOURSIER.
Anatomie.....	COYNE.	Clinique gynécologique.	
Anatomie générale et	GENTES.	Clinique médicale des	MOUSSOUS.
histologie.....		maladies des enfants.	DENIGES.
Physiologie.....	VIAULT.	Chimie biologique.....	
Hygiène.....	JOLYET.	Physique pharmaceuti-	SIGALAS.
Médecine légale.....	LAYET.	que.....	LE DANTEC.
Physique biologique et	LANDE.	Pathologie exotique....	
électricité médicale.	BERGONIÉ.		

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. MONGOUR.
CABANNES.

MM. VERGER.
ABADIE.
CRUCHET.

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe... { MM. BEGOUIN.
VENOT.
GUYOT.

Accouchements..... { MM. ANDÉRODIAS.
PERY.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... { MM. CAVALIÉ.
N...

Physiologie..... MM. GAUTRELET.
Histoire naturelle... MANDOUL.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie..... M. BENECH.

Pharmacie..... { MM. BARTHE.
LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. N.
Accouchements.....	ANDÉRODIAS.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MES FRÈRES

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE,
M^{me} ALEXIS LEGER
ET DE TOUS MES PARENTS DÉFUNTS.

A MON ONCLE, LE DOCTEUR JULES ORAISON

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR CABANNES

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
MÉDECIN OCULISTE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX
OFFICIER D'ACADÉMIE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR PITRES

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

La question de la kératite neuro-paralytique, d'origine syphilitique, sans être neuve, n'est peut-être pas très connue, car c'est une affection excessivement rare, et le nombre des cas publiés depuis 1840 jusqu'à nos jours s'élève seulement à 32.

Nous n'avons pas cru trop sortir du sujet en relatant un cas de kératite neuro-paralytique bilatérale, sans antécédents spécifiques, mais consécutif à une absence congénitale du trijumeau chez une fillette de 6 ans (Van Millingen) afin de comparer les conséquences cliniques de cette infirmité à celles produites par les lésions cérébrales syphilitiques.

Nous avons surtout l'intention de faire une œuvre descriptive.

Après avoir envisagé le côté historique et étiologique de la question, nous réunirons dans un même groupe toutes les observations de kératites neuro-paralytiques ayant pour origine la syphilis acquise, et dans un deuxième groupe, celles beaucoup plus rares, au nombre de 3 seulement, consécutives à la syphilis héréditaire, afin d'en étudier séparément la symptomatologie; nous traiterons ensuite cette maladie au point de vue anatomo-pathologique et dans ce second chapitre, nous envisagerons:

- 1^o Les lésions encéphaliques.
- 2^o Les lésions du trijumeau et du ganglion de Gasser et origines.
- 3^o Les lésions de l'œil.

Nous dirons, à la fin de ce chapitre, quelques mots des théories pathogéniques, et nous terminerons par le Diagnostic, l'Évolution, le Pronostic, et le Traitement.

Mais avant de commencer ce travail, notre devoir est d'adresser l'expression de notre profonde reconnaissance à nos Maîtres et à tous ceux qui ont pris part, d'une façon directe ou indirecte, à notre enseignement.

Durant mes stages hospitaliers, j'ai pu apprécier le grand mérite de tous ceux qui m'ont appris l'art si délicat d'examiner un malade.

Messieurs Dumur et Denucé furent mes premiers initiateurs. Plus tard, Messieurs les professeurs Picot et Lannelongue, grâce à la clarté et à la précision de leur enseignement me pénétrèrent bien de cette vérité que l'étude de la Médecine et de la Chirurgie devient véritablement intéressante, seulement au lit du malade, beaucoup plus que dans les livres, et que si l'usage de ces derniers est malgré tout indispensable, l'étude clinique, à l'hôpital, supprime l'aridité de leur lecture.

Je leur en suis donc très reconnaissant ainsi qu'à M. le Professeur Moussous, dans le service duquel j'ai appris les éléments de Médecine infantile.

Monsieur Lefour, Professeur de Clinique obstétricale et Monsieur le Docteur Fieux ont droit aussi à toute ma gratitude, ainsi que Monsieur le Professeur Régis dont la façon claire et méthodique d'enseigner la Psychiatrie, m'a rendu captivante cette étude déjà si intéressante en elle-même.

J'adresse mes sentiments les plus affectueux à mon oncle, le docteur Jules Oraison, aide de clinique des maladies des voies urinaires, en qui j'ai trouvé durant mes années d'étude non seulement un guide et un conseiller précieux, mais un excellent parent qui m'a toujours traité comme l'aurait fait un bon frère aîné.

J'exprime aussi toute ma reconnaissance à Monsieur le Professeur Pousson pour la bienveillance qu'il a toujours bien voulu me témoigner.

Je remercie infiniment Monsieur Cabannes, professeur Agrégé, qui a été l'inspirateur de ma thèse et a bien voulu me fournir l'observation si complète de Kératite neuro-paralytique, qu'il publiera prochainement dans un article spécial. Je suis très sensible au bon accueil qu'il a bien voulu me faire toutes les fois que j'ai eu recours à lui pour m'aider de ses conseils durant la composition de ce modeste travail qui doit consacrer mes années d'études médicales.

Monsieur le Professeur Pitres, Doyen de la Faculté, me fait le grand honneur d'accepter la présidence de ma thèse. Je lui adresse tous mes remerciements et le prie de croire à mon plus profond respect.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Avant d'entreprendre ce chapitre nous devons déclarer qu'au cours de nos recherches bibliographiques, nous avons découvert une thèse faite sur le même sujet, par le docteur Fromageot, thèse parue en 1898 et si bien documentée que la plupart de nos observations s'y retrouvent.

Avant lui, comme il le fait remarquer lui-même, aucun travail d'ensemble n'avait encore paru sur cette affection. On ne trouve que quelques observations éparses, mais si consciencieusement prises, et si bien détaillées qu'on a déjà un nombre d'éléments très suffisant pour synthétiser la question.

La plupart de ces observations nous fournissent des renseignements cliniques très utiles. Quelques autres moins nombreuses nous fournissent même des données plus directes, parce qu'elles sont des résultats d'autopsie.

Dixon, 1840 (Transactions médico-chirurgicales de Londres), le premier en date dans notre bibliographie a pratiqué sur son sujet, une autopsie qui est particulièrement intéressante par l'abondance de ses détails, c'est la plus complète de toutes celles que nous avons recueillies. C'est aussi une de nos rares observations dans lesquelles l'examen de l'œil ait été mentionné.

Plus tard, Leudet en 1860, dans le « Moniteur des Sciences Médicales et pharmaceutiques », pratique lui aussi l'autopsie de son sujet. Cet examen nécropsique a ceci de particulier que contrairement à ce que nous avons remarqué dans la plupart des cas, la kératite neuro-paralytique est due beaucoup plus à une tumeur osseuse qu'à une tumeur méningée, il existe sous le ganglion de Gasser une exostose qui le comprime.

L'année d'après, en 1861, Gros et Lancereaux signalent dans leur travail, sur les affections nerveuses syphilitiques une observation dans laquelle il n'est mentionné aucun trouble objectif de la sensibilité, ni faciale ni cornéenne, cet exemple est unique.

Ils sont les premiers, ainsi que Zambaco, en 1862, à pouvoir constater chez leurs sujets des troubles moteurs consistant en hémiplegie et en convulsions qui permettent de considérer leur kératite neuro-paralytique comme une conséquence de la syphilis cérébrale.

En 1873, Power signale un cas de kératite neuro-paralytique double, d'origine syphilitique, le seul que nous ayons pu recueillir. Il donne quelques détails sur l'examen de l'œil de son malade.

En 1886, Genkin signale l'unique observation dans laquelle les troubles objectifs de la sensibilité dans le domaine du trijumeau consistent en hyperesthésie au lieu d'anesthésie.

En 1889, Alexander, dans sa monographie intitulée Syphilis und Auge, discute la pathogénie de la kératite neuro-paralytique. Il fournit à lui seul 4 observations dont l'une a ceci d'intéressant que son sujet est atteint d'une exostose orbitaire qu'il suppose se prolonger dans la profondeur jusqu'au ganglion de Gasser sur lequel elle exerce une compression.

Dans une autre, il montre un des rares cas de kératite dans la syphilis héréditaire que nous ayons pu trouver.

En 1891, de Schweinitz publie une observation dans laquelle nous trouvons le seul examen microscopique bien détaillé de l'œil. (Kératite neuro-paralytique, Archives d'ophtalmologie).

En 1893, Uthoff (Archiv. für ophtalmologie) publie un travail intitulé: « Recherches sur les troubles oculaires dans la syphilis des centres nerveux. » Il apporte plusieurs observations personnelles dont l'une a rapport au sujet. Il fait des tableaux résumés de plusieurs observations que nous avons recueillies, appartenant à Westphal, Power, Ramskill, Wagner, Leudet et Genkin et un tableau dont l'original nous manque, appartenant à Derselbé (1892).

En 1895, Benoît fait paraître dans la « Revue de Médecine » un travail intitulé: « Troubles du nerf Trijumeau au cours des paralysies oculo-motrices. Il y apporte une observation personnelle que nous avons recueillie et signale dans son ouvrage l'existence dans le tabes de névrites du trijumeau avec hémianesthésie faciale et cornéenne mais sans kératite.

En 1898, apparaît la thèse de Fromageot, le seul ouvrage d'ensemble qui ait été fait sur la question que nous traitons.

Depuis lors, à part l'observation de Van Milingen (Annales d'oculistique, 1898) qui ne fait pas partie de la question, nous n'en avons trouvé que deux, celle de Terson père (Annales d'oculistique, 1901) qui a ceci d'intéressant, que son malade a été guéri par la tarsorrhaphie interne, enfin, celle que M. Cabannes a bien voulu nous communiquer avant sa publication.

Dans cet article, où il résume d'une façon synthétique et aussi complète que possible, la question qui nous occupe, il exprime son étonnement de n'avoir pu trouver des cas de kératite neuro-paralytique dans le tabes, chose qui paraît d'autant plus surprenante au premier abord que le tabes est 95 fois sur 100 d'origine syphilitique et que c'est une affection des plus riches en troubles trophiques. Nous avons fait tous les deux, des recherches infructueuses à ce sujet.

Nous renvoyons à son article, dans lequel il donnera les explications de cette lacune, en faisant ressortir que dans le cas où le tabes atteint le trijumeau, ce dernier n'est lésé qu'au-dessus du ganglion de Gasser, au voisinage de ses noyaux d'origine bulbo-protubérantiels.

Nous n'avons mentionné ici, par ordre chronologique que les auteurs qui ont apporté des données particulières à la question. Ces derniers, réunis à tous ceux que nous nommons dans notre bibliographie nous ont fourni les éléments d'une description que nous nous efforcerons de faire aussi complète que possible.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Comme on va le voir dans notre chapitre de symptomatologie, la manifestation de la kératite neuro-paralytique dans la syphilis acquise est plutôt tardive puisqu'elle a lieu 7 ou 8 ans en moyenne après le chancre.

On peut la considérer comme appartenant à la période tertiaire de cette diathèse, non seulement à cause du long retard dans son apparition, mais aussi à cause des nombreux symptômes cérébraux fournis par l'examen clinique et des lésions gommeuses trouvées à l'autopsie. Il s'agit donc, sans aucun doute, d'une localisation trigémellaire de la syphilis cérébrale.

Cette localisation est rare, c'est pourquoi la kératite neuro-paralytique tient une place excessivement restreinte parmi les lésions oculaires ayant pour origine la syphilis cérébrale.

Nous empruntons à Fromageot cette remarque faite sur plusieurs cas d'affections oculaires relatées par le professeur Badal.

« Badal, sur 631 cas d'affections oculaires syphilitiques dont » les plus fréquentes étaient celles des membranes superficielles de l'œil a trouvé les affections suivantes que nous

» pouvons, avec plus ou moins d'approximation, rapporter
» sur le compte des lésions syphilitiques de l'encéphale.

» Etaient atteints:

» Le nerf optique 139 fois, dont 18 fois dans le tabes syphilitique.

» III ^{me} paire	107 fois.
» VI ^{me} —	28 —
» IV ^{me} —	5 —
» V ^{me} —	2 —
» VII ^{me} —	2 —
» Centres nerveux	25 — »

Si le trijumeau est rarement atteint, il s'en faut encore de beaucoup que toutes les fois qu'il est lésé, il s'ensuive une kératite. Sur les 20 tableaux de l'article d'Uthoff dans lesquels il signale des cas de lésions syphilitiques du trijumeau, 6 fois seulement, il y a de la kératite neuro-paralytique.

A quel âge cette affection se manifeste-t-elle? Pas avant l'âge adulte excepté dans les cas de syphilis héréditaire où elle apparaît chez un enfant de 2 mois (Alexander), chez une fillette de 12 ans (Thiersch).

Ordinairement elle fait son apparition au minimum, vers les 20 ans, puis dans l'âge mûr, 35, 40, 50 ans, et quelquefois dans la vieillesse (Dixon, 69 ans). En ce qui concerne le sexe, il est à remarquer que la kératite neuro-paralytique a une prédilection très marquée pour l'homme.

Sur 29 de nos observations dans lesquelles le sexe du sujet a été précisé, il y a 21 hommes et 8 femmes.

Il est à remarquer aussi que la kératite neuro-paralytique ne se rencontre presque jamais chez ceux qui exercent des professions libérales; nous avons seulement le cas d'un médecin qui nous est fourni par Alexander, mais il s'agit généralement d'ouvriers. Le sujet de M. Cabannes était un camionneur, celui de Lamy était tonnelier, celui de Jany était boucher, celui de Ramskill chauffeur.

La prédilection de cette kératite pour le sexe fort peut s'ex-

pliquer par ce fait que la syphilis est souvent plus grave chez ce dernier et atteint plus fréquemment les centres nerveux.

Quant à l'influence professionnelle, elle peut aussi s'expliquer par le fait que d'ordinaire, les ouvriers se soignent moins bien que les gens du monde et négligent beaucoup plus le traitement spécifique. En effet, la majorité des cas que nous avons signalés est la conséquence de la syphilis mal soignée.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

1° Kératite neuro-paralytique de la syphilis acquise

Cette affection se manifeste généralement longtemps après l'apparition de l'accident primitif.

Charcot et Gombaut citent un malade chez lequel la lésion cornéenne n'apparaît que 20 ans après le chancre: Benoît 33 ans après. Par contre, chez une malade de Pick, elle se manifeste 7 à 8 mois après.

Ce sont là des extrêmes, mais d'une façon générale, on peut établir une moyenne de 7 à 8 ans.

Le chancre apparaît chez un malade de Ramskill 6 ans avant la kératite.

Chez un malade de	Kœnigstein	9	ans auparavant.
—	Alexander	4	—
—	—	8	—
—	—	3	—
—	de Schweinitz	15	—
—	Galezowski	5	—
—	Uthoff	6	—
—	Terson	18	—
—	Terson (père)	19	—

Dans la plupart des autres observations, il n'est guère possible de fixer la date d'apparition du chancre.

Tantôt le malade dit l'avoir contracté à tel âge et on n'a pas songé à lui demander son âge actuel.

D'autres fois, il nie avoir eu la syphilis, soit par amour-propre, soit parce que son chancre lui a passé inaperçu, et souvent le diagnostic de syphilis n'a pu être posé que grâce à quelques manifestations tardives ou à quelques stigmates dont la nature spécifique est indéniable.

C'est ainsi que chez un malade de Leudet, qui nie la syphilis, on constate, 4 ans avant l'apparition de la kératite, un écoulement nasal suivi d'un effondrement des os propres du nez. Chez un malade de Westphal, on signale une périostite syphilitique quelques années auparavant.

Comment débute l'affection?

Elle est quelquefois précédée de douleurs névralgiques siégeant à la moitié de la face correspondant à l'œil qui va être atteint. Lorsque ces névralgies ne précèdent pas l'affection elles l'accompagnent au moins très souvent.

Cependant, quelquefois, elles peuvent manquer totalement pendant toute l'évolution de la maladie.

Il n'en est point parlé du tout dans les observations de Power, de Kœnigstein, dans 2 observations d'Alexander, dans celles de de Schweinitz, de Pick, d'Uthoff, de Wertheim-Salomonson, de Terson (père). Dans celle de Lamy, il est signalé seulement de la névralgie cervicale et lombaire à exacerbation nocturne semblant être plutôt une conséquence directe de la syphilis, qu'un symptôme avant-coureur de la kératite neuro-paralytique.

La névralgie précède l'affection cornéenne dans les observations de Dixon, Zambaco, Ramskill, Lancereaux et Cabannes.

Dans tous les autres cas, ces douleurs accompagnent seulement l'affection, quelquefois disparaissent et réapparaissent durant son évolution; de même dans les 5 cas précédents.

Ces névralgies sont généralement frontales (Jany), tempo-

rales (Lancereaux), périorbitaires (Zambaco), pariétales, sus et sous-orbitaires (Cabannes, Benoît), oculaires plus rarement (Ramskill). Quelquefois dentaires, mais siégeant alors surtout au niveau des dents supérieures (Dixon, Zambaco). En un mot, elles se distribuent presque toujours dans le territoire innervé par le maxillaire supérieur et surtout l'ophtalmique de Wills, mais tout à fait exceptionnellement dans le domaine du maxillaire inférieur. Charcot et Gombaut signalent toutefois chez leur sujet un point mentonnier douloureux. Ces douleurs sont généralement lancinantes (Cabannes), quelquefois elles revêtent un caractère nocturne qui témoigne de leur nature spécifique (Zambaco).

Voilà tout ce que nous pouvons dire de la sensibilité subjective.

En examinant la sensibilité objective, nous étudions l'un des symptômes essentiels de la kératite neuro-paralytique: l'anesthésie, qui montre bien que cette affection est la conséquence immédiate d'une névrite du trijumeau.

Dans l'observation de Benoît, le malade est atteint tout d'abord d'hyperesthésie de la moitié gauche de la face; plus tard seulement, l'hyperesthésie est remplacée par de l'hypoesthésie du même côté de la face et de l'anesthésie complète de la cornée et de la conjonctive gauches.

Genkin signale chez son malade de l'hyperesthésie, mais pas d'anesthésie; cet exemple est unique dans nos observations. Dans la première des 2 observations de Lancereaux, il n'est pas signalé de troubles objectifs de la sensibilité, et comme d'autre part, le sujet est atteint d'hémiplégie faciale, on peut se demander s'il ne s'agit pas plutôt ici d'une kératite lagophtalmique par paralysie de l'orbiculaire. Ici, le seul symptôme nettement trigémellaire, c'est la névralgie.

Dans l'observation de Charcot et Gombaut, il n'est point parlé non plus d'anesthésie, ni faciale, ni cornéenne.

Si nous mettons de côté ces quelques exceptions, l'abolition, ou tout au moins la diminution de la sensibilité objec-

tive est tout à fait de règle, et elle a en général les mêmes sièges que la névralgie quand elle existe.

C'est dire qu'elle intéresse presque toujours le territoire innervé par l'ophtalmique de Willis et le maxillaire supérieur. Elle atteint quelquefois le cuir chevelu lui-même sur un espace plus ou moins étendu (Benoît, Alexander), et très fréquemment les paupières (Westphal, Alexander, etc.) Elle peut atteindre aussi la muqueuse olfactive du côté correspondant (Leudet), la muqueuse buccale (Benoît), les joues et les lèvres, très souvent, la lèvre supérieure surtout (Leudet), la langue (Leudet, Lancereaux).

La diminution de la sensibilité objective peut aller depuis un simple engourdissement jusqu'à l'anesthésie complète.

Elle n'est pas toujours répartie d'une façon homogène, ni en quantité, ni en qualité, dans les points où elle siège.

Ces particularités sont bien résumées dans l'observation de M. Cabannes. Les téguments de la moitié gauche de la face de son malade sont hypoesthésiés à la piqure et au contact, complètement anesthésiés au froid et au chaud.

L'un des malades d'Alexander présente surtout de l'anesthésie à la piqure. Mais le siège le plus caractéristique de l'anesthésie, c'est la cornée et la conjonctive. Là, elle ne manque jamais ou presque jamais; c'est dans cette région qu'elle est le plus complète et qu'elle existe à tous les modes.

Les malades se frottent quelquefois la cornée et aggravent ainsi leur lésion; on peut leur piquer impunément la cornée ou la conjonctive sans provoquer chez eux la moindre douleur ni le moindre réflexe.

L'anesthésie cornéo-conjonctivale peut précéder ou suivre l'hémi-anesthésie faciale, mais le plus souvent, leur apparition est contemporaine, il en est de même de la lésion cornéenne.

En étudiant cette dernière nous abordons le symptôme le plus essentiel, celui qui donne son nom à la maladie.

Il est bien entendu que névralgie, anesthésie, kératite, tous ces symptômes siègent ensemble du même côté.

Quel est l'œil le plus fréquemment atteint? Il ne semble pas que la maladie ait de prédilection bien marquée pour un côté plutôt que l'autre.

Dans toutes nos observations de kératite due à la syphilis acquise nous avons relevé, pour l'œil droit 12 cas et pour l'œil gauche, 16 cas.

L'observation de Power nous fournit un exemple unique de kératite bilatérale, à rapprocher de celle de Van Milingen, que nous avons mise à part, parce qu'elle n'est pas d'origine syphilitique, mais consécutive à une absence congénitale bilatérale du trijumeau.

La kératite débute le plus ordinairement par un léger trouble, une légère opacité cornéenne plus ou moins diffuse qui voile la vision du malade.

Cette opacité est généralement sèche et mate au début (Westphal) quelquefois accompagnée d'un épanchement plastique dans les lames de la cornée (Leudet), mais le plus souvent cet épanchement n'existe pas dès le début, la kératite revêt son caractère de sécheresse, puis il se forme quelquefois dans la suite un abcès aboutissant le plus souvent dans une deuxième phase à l'ulcération (Lancereaux).

La cornée peut rester lisse ou prendre un aspect flétri au niveau de l'opacité (Benoît), ou grenu (Cabannes). Cette opacité est généralement grisâtre. Alexander cite deux observations dans lesquelles la cornée présente un dépôt central jaunâtre. Elle siège le plus ordinairement soit au centre (Cabannes, Druault, Alexander, etc.), soit plus souvent encore à la partie inférieure, à l'un des angles inféro-interne ou externe. Quelqu'en soit le point d'origine, elle s'étend peu à peu, rarement au point de recouvrir toute la cornée et de masquer la chambre antérieure dans laquelle on trouve quelquefois de l'hypopion.

Nous arrivons ensuite à la période d'ulcération. Lorsque celle-ci ne se manifeste pas dès le début ce qui arrive quelquefois (Druault), c'est souvent au moins le premier symptôme cornéen relaté chez des malades dont la kératite date

déjà depuis un certain temps avant qu'ils ne se soient décidés à consulter un médecin.

Quoi qu'il en soit, l'ulcération occupe généralement le centre de l'opacité, elle est donc située comme elle, soit au centre de la cornée, soit à sa partie inférieure.

Elle peut être arrondie ou plus ou moins irrégulière, quelquefois en coup d'ongle, elle est atone, les bords en sont nettement découpés, le fond en est sec et enfin elle est indolore durant toute son évolution. Tantôt elle s'étend en superficie au point de recouvrir toute la zone d'opacité (Uthoff) tantôt elle gagne en profondeur et peut aboutir à la perforation.

C'est ainsi que le malade de De Schweinitz est atteint d'une perforation de la moitié inférieure de la cornée avec hernie de l'iris.

Un malade de Lancereaux est atteint de perforation avec hernie irienne et staphylôme consécutif.

Celui de Genkin est atteint d'une kératite ulcéreuse amenant rapidement la destruction complète de la cornée, et nous le répétons une fois de plus, car c'est bien la caractéristique d'une lésion trophique, tout ce processus de nécrose s'accomplit sans la moindre douleur. La cornée garde généralement sa sécheresse pendant toute sa période de destruction partielle et totale, quelquefois cependant elle se ramollit (Leudet).

Rares sont les observations dans lesquelles il n'est pas signalé d'ulcération (Pick, Alexander, chez deux de ses sujets).

Le processus de réparation quand il existe se fait très lentement.

Le tissu cornéen frappé de nécrose réagit mal et se laisse difficilement pénétrer par les vaisseaux. L'injection périkeratique est rare (Uthoff, Jany), et à plus forte raison le pannus si fréquent dans les kératites de toute autre nature.

Le malade de Charcot et Gombaut présente toutefois sur le bord inférieur de sa cornée une pustule entourée d'une aréole vasculaire, avec une petite ulcération qui disparaît vite.

L'opacité cornéenne diminue insensiblement et la kératite peut aboutir à la constitution d'une taie (Zambaco), ou d'un leucome adhérent (perforation cornéenne, Terson).

Mais le plus souvent, avant que cette réparation ait eu le temps de s'effectuer, le malade meurt emporté par une affection cérébrale concomitante lorsque d'autres troubles oculaires ne viennent pas encore aggraver la lésion.

En quoi consistent ces troubles?

Ils sont rarement la conséquence d'une réaction inflammatoire, ou si cette réaction a lieu elle est très peu accentuée. La conjonctive est assez souvent injectée mais généralement très peu et en tous les cas, il y a, sauf de rares exceptions, absence complète de photophobie et de larmolement; la conjonctive reste sèche.

Le malade de Galezowski a toutefois un peu de larmolement par instant. Par exception, les malades de Westphal et de Power ont à la fois de l'injection conjonctivale et de l'hypermécrétion de larmes et de mucus.

Mais, si les symptômes réactionnels manquent généralement, les symptômes oculaires associés sont très fréquents.

On trouve parfois de la rétraction du globe oculaire (Power), du myosis (Leudet, Westphal, Power, Ramskill). D'autres fois, au contraire, de la mydriase (Charcot et Gombaut), de l'hypopion (Terson père, Alexander, chez deux de ses sujets), chez le malade de Schweinitz, c'est de l'hypohéma qui occupe la chambre antérieure.

D'autres fois il y a de l'iritis (Pick). La tension oculaire est parfois diminuée (Power, de Schweinitz, Alexander).

Enfin, à l'examen ophtalmoscopique, on trouve quelquefois de l'atrophie papillaire (Uthoff, Koenigstein). Il y a aussi plusieurs cas de perte complète de la vision.

En tête des troubles moteurs consécutifs à la paralysie associée des nerfs craniens, nous devons signaler tout d'abord celle de la branche motrice du trijumeau, elle est beaucoup moins fréquente que celle de sa branche sensitive.

Le sujet de M. Cabannes nous en fournit un exemple, sa paralysie se manifeste dès le début de l'affection par de la difficulté à ouvrir la bouche.

Wertheim-Salomonsen, nous en fournit un autre exemple; de Schweinitz signale chez son sujet de l'atrophie du masseter et du temporal: Ces deux muscles sont paralysés chez le malade de Dixon.

Leur atrophie est encore signalée par Power; enfin Lancereaux remarque chez l'un de ses sujets de la difficulté dans l'acte de la mastication vers la fin de la maladie.

Autres nerfs crâniens atteints. — La paralysie du nerf facial est relatée dans 14 de nos observations de syphilis acquise. Elle n'est pas toujours complète, ni totale, ainsi l'un des malades d'Alexander a seulement de la parésie de la branche oculaire du facial.

Benoit relate chez son sujet de la parésie de l'orbiculaire. Uthoff relate seulement de la paralysie des branches buccale oculaire du facial.

Terson père relate une paralysie faciale survenant un an avant les symptômes trigémellaires.

Après le facial nous avons le moteur oculaire commun qui manifeste sa lésion assez souvent par la paralysie du muscle releveur de la paupière supérieure car le ptosis est signalé plus d'une fois dans nos observations (Westphal, Power, Charcot et Gombaut); il y a quelquefois du strabisme externe (Leudet), paralysie du droit interne et du droit supérieur. Le nerf de la sixième paire est pris aussi quelquefois (Alexander, Koenigstein, Ramskill, strabisme interne).

Enfin quelquefois aussi le nerf auditif (Lancereaux, Alexander), le grand hypoglosse (Pick), le nerf olfactif (Benoit, Alexander).

Charcot et Gombaut, ainsi que Ramskill ont constaté chez leurs sujets de la névrite optique.

Ces diverses lésions nous expliquent les troubles sensoriels que nous trouvons si souvent chez les malades atteints de

kératite neuro-paralytique; surdité plus ou moins complète de l'oreille du côté correspondant à l'œil atteint, bruits subjectifs (Zambaco, bruissement à l'oreille gauche de son malade), hémianesthésie du goût ou de l'odorat ou tout au moins diminution de ces perceptions.

Les troubles de l'odorat peuvent consister aussi en hallucinations de ce sens (Westphal).

La perte du goût semble avoir une prédilection pour la portion antérieure de la moitié de la langue correspondant à la lésion (Druault, Werthein-Salomonsen, Westhoff, Power).

Mais les phénomènes paralytiques ne s'arrêtent pas seulement aux nerfs craniens; ils peuvent se manifester dans toutes les parties du corps et consistent le plus souvent en hémiplégie.

Généralement on a affaire à des hémiplégies siégeant du côté opposé à celui de la kératite. Le malade de Zambaco est atteint de kératite à gauche, son hémiplégie siège à droite; elle est précédée de convulsions épileptiformes avec hoquets, vomissements, céphalée vive et étourdissement; ces symptômes ainsi que les crampes se rencontrent assez souvent.

Quelquefois le malade n'a que de la parésie des extrémités; d'autres fois, plus rarement, il est atteint de paraplégie plus ou moins complète (Terson père, dont le sujet est atteint de parésie des membres inférieurs avec incontinence d'urine), (Lamy, dont le sujet est atteint de paraplégie spasmodique).

Dans tous ces cas, les réflexes tendineux sont le plus souvent exagérés. Enfin il peut même survenir des troubles mentaux, tel le malade de Westphal qui présente des troubles de la parole (il ne les précise pas bien), de la démence, de l'excitation maniaque et devient complètement aliéné.

Ces phénomènes moteurs sont accompagnés en somme, la plupart du temps de symptômes méningitiques et de céphalées violentes qui par leurs exacerbations nocturnes parfois, peuvent témoigner de l'origine spécifique de l'affection.

Les autres symptômes syphilitiques antérieurs ou concomitants consistent en exostoses des tibias, du sternum, de la

cavité orbitaire (Alexander), condylome anal (Koenigstein), onyxis aux doigts et aux orteils, cicatrices blanchâtres rayonnées au tronc et aux membres (Alexander), gommès des tibias et de la verge (Wertheim-Salomonson et Westhoff), ganglions aux aisselles et aux aines, durs, indolores et nombreux (Cabannes), et bien d'autres encore qu'il serait superflu d'énumérer.

OBSERVATIONS

KÉRATITE NEURO-PARALYTIQUE DE LA SYPHILIS ACQUISE

Observations sans autopsies.

OBSERVATION I (Inédite)

Due à l'obligeance de M. Cabannes, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin oculiste des Hôpitaux de Bordeaux.

B..., ouvrier camionneur, habitant Bègles, m'est envoyé par mon excellent confrère le Dr Brossard, de Bègles, pour une affection de son œil gauche.

Cet homme qui était en très bonne santé jusqu'en juillet 1907, éprouve vers le 15 juillet de cette année des douleurs dans la moitié inférieure gauche de la figure, correspondant à la zone de distribution du sous-orbitaire. Ces douleurs que le malade mettait sur le compte d'une névralgie dentaire disparaissaient sans traitement après une durée de cinq à six jours. Peu après, se montrent du même côté de la face, des douleurs occupant le domaine du sous-orbitaire gauche, c'est-à-dire la moitié gauche du nez et du front, le pourtour de l'œil gauche, ainsi que la partie la plus antérieure de la région pariétale gauche.

L'œil lui-même n'a jamais été douloureux. B... me raconte que les douleurs éprouvées par lui, à ce moment, se présentaient sous forme

de piqûres, de lancées, et quand il touchait avec la main les régions qui étaient le siège de ces douleurs, la peau de ces régions était dans l'ensemble bien moins sensible qu'à droite, et par places, même, elle lui semblait comme morte. Ces derniers phénomènes duraient encore, lorsque le 8 août 1907, B... reçoit un coup de tête de cheval sur le côté gauche de la figure, le coup a été assez fort, mais pas très violent, car B... n'a pas été renversé, il n'a eu ni perte de connaissance, ni éblouissement, ni rien qui puisse se rapporter à une fracture du crâne. Il a continué à travailler, comme si de rien n'était, il a même pu infliger à son cheval une correction en règle.

L'œil lui-même n'a pas été directement touché par ce traumatisme et le malade a pu se servir très bien de son œil qui est resté tout à fait indemne pendant cinq à six jours. Le 13 août, le malade s'étant rendu à la consultation de la clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine, est examiné par notre ami le Dr Ch. Lafon, chef de clinique, qui a bien voulu nous fournir à son sujet les quelques renseignements suivants :

On constate une opacité cornéenne centrale, dont les limites périphériques sont diffuses et dont la surface n'est pas ulcérée; la conjonctive bulbaire est très hyperhémée, et il existe une sécrétion purulente manifeste. Le malade, revu le 16 août, a une cornée absolument opaque; cette opacité, très régulière, a une teinte vert olive uniforme. Le Dr Brossard nous fait part d'une constatation qui permettrait d'expliquer la coloration verte de la kératite; au lieu de se laver l'œil avec une infusion de camomille, le malade a fait une décoction et a utilisé pour cela une assez grande quantité de fleurs de camomille; il a ainsi obtenu un liquide vert foncé, avec lequel il a pris des bains d'œil prolongés dans une œillère. Le Dr Lafon prépara de la même façon une décoction de camomille et le liquide obtenu avait la même coloration que la kératite. La surface de la cornée est finement grenue, comme si l'épithélium était en partie tombé, mais il n'y a pas d'ulcération; à la périphérie, on voit une étroite zone opaque, mais de couleur grise normale; au niveau du limbe, en dehors de cette zone, on en voit une autre très étroite, qui a conservé sa transparence.

Par une petite encoche transparente, on constate que l'iris est bien dilaté par l'atropine et que la chambre antérieure est libre. La con-

jonctive est très injectée ; en outre, dans l'aire de la fente palpébrale, aux deux extrémités du diamètre horizontal de la cornée, la conjonctive est épaissie, œdématisée, elle paraît plus blanche. Les paupières sont un peu collées le matin. La tension est normale. Le malade ne souffre pas, vision qualitative, à partir du 17 août, j'ai observé ce malade. Les jours qui suivirent, la teinte verdâtre de la cornée diminua chaque jour, surtout en haut et en bas. Le malade continuait à ne pas souffrir.

Le 3 septembre 1907, la situation ayant un peu changé, j'ai examiné avec plus de soins B.... La paupière supérieure est un peu tombante, la conjonctive oculaire est hyperhémiee; la sécrétion est modérée, et il n'y a pas de larmolement. La cornée gauche est occupée par une exulcération superficielle et centrale (chute de l'épithélium superficiel), extrêmement étendue, ayant 8 millim. transversalement sur 7 millim. verticalement, limitée par un contour irrégulièrement circulaire et saillant, à pic, comme à l'emporte-pièce.

Le fond de cette exulcération représente à peu près la presque totalité de la cornée, puisque le diamètre de cette dernière est d'environ 10 millim., dans tous les sens. Il est à peu près transparent et le trouble vague et uniformément gris de la cornée au niveau de l'exulcération est surtout appréciable à l'éclairage oblique. La cornée à ce niveau est un peu bombée en avant. Il n'existe d'infiltration nette et à peine prononcée, d'ailleurs, qu'au pourtour de l'exulcération, surtout en haut. Cette infiltration un peu opaline n'a rien de l'infiltration purulente. C'est plutôt une simple réaction inflammatoire très légère autour de l'exulcération cornéenne. Pas de pannus. La conjonctive péricornéenne est assez fortement injectée, sans chémosis.

La chambre antérieure est profonde (atropinisation). Il n'y a pas d'hypopion, et l'iris régulièrement dilaté paraît sain. Le fond de l'œil est inéclairable. L'œil est un peu mou T-1 et nullement douloureux à la pression digitale faite sur la paupière supérieure.

Ce qui frappe encore à l'examen d'ensemble de cet œil, c'est l'aspect atone et sans réaction de son ulcération cornéenne, ainsi qu'un degré marqué de sécheresse de la surface conjonctivale. L'exploration de la sensibilité de l'œil donne les résultats suivants : anesthésie complète de la cornée gauche à tous les modes et dans tous les

points. La conjonctive est entièrement anesthésique au niveau des culs-de sacs, et au niveau des parties palpébrales de cette membrane, c'est à peine si le malade ressent une légère sensation de piquûre au niveau des parties interne et externe de la conjonctive bulbaire.

A l'exploration de la sensibilité des téguments, nous obtenons une zone d'hypoesthésie à la piquûre, au contact, et d'anesthésie complète au froid et à la chaleur dans toute la zone d'innervation de l'ophtalmique de Willis : téguments des paupières, du pourtour de l'œil, partie gauche du nez et même intérieur de l'orifice de la narine gauche, région pariétale jusqu'à 6 centimètres en arrière de la ligne d'insertion antérieure des cheveux. Au-dessous de l'œil, l'anesthésie va au-dessous des limites de l'innervation de l'ophtalmique de Willis et empiète un peu au niveau de la joue, à 2 ou 3 centimètres au-dessous du rebord palpébral inférieur, sur le domaine du maxillaire supérieur, qui fut le premier atteint par la maladie. — La sensibilité ne cesse d'ailleurs pas brusquement et c'est progressivement qu'on va des territoires sensibles aux régions hypoesthésiques puis anesthésiques. Dans l'ensemble ces mêmes territoires anesthésiques le sont moins qu'au début.

Dès le début de la maladie, la bronche s'est ouverte moins aisément qu'autrefois ; cela tenait à un degré marqué de parésie du nerf masticateur (branche motrice du trijumeau) du côté gauche.

Le 18 janvier 1908, il y avait une amélioration dans l'état de l'œil, qui s'était éclairci en partie. La taie n'existait que dans la partie inférieure de la cornée. Le malade comptait avec l'œil gauche les doigts à 15 centimètres. L'œil droit a une acuité de 1/2 à 2/3.

Antécédents. — Ce malade a eu à l'âge de 22 ans un chancre qui a duré 7 à 8 jours, dont il porte la cicatrice, peu visible et non indurée sur le dos de la verge à deux centimètres en arrière du rebord préputial. Il prétend n'avoir jamais eu d'éruption sur le corps, ni de mal à la gorge, mais il porte dans les aisselles, et surtout dans les deux aines, une pléiade de petits ganglions, nombreux, de volume inégal, extrêmement durs, et indolores, qui sont la signature évidente de la syphilis antérieure. Je n'ai rien trouvé à signaler de plus dans ses antécédents.

OBSERVATION II

Syphilis antécédente. Hémiplégie faciale. Névralgie concomitante de la cinquième paire (côté droit). Kérato-conjonctivite légère à gauche.

Lancereaux in Gros et Lancereaux. Affections nerveuses syphilitiques, p. 116.

Bourgault, âgé de trente ans, tailleur, fort et robuste. Il y a quatre ans, fluxion de poitrine précédée de douleurs dans la région des reins et des articulations. En juin 1859, il entre à l'Hôtel-Dieu (service de M. Béraud), pour une roséole et des plaques muqueuses. Six semaines avant il avait contracté un chancre. Il prend 120 pilules de protoiodure de mercure avant de quitter l'Hôtel-Dieu.

Dans le courant d'octobre, il éprouve quelques douleurs dans les épaules.

Le 21 octobre. — Il est tout étonné, en s'éveillant, de voir sa bouche déviée et son œil droit malade. La veille, il travaillait le dos appuyé à une fenêtre, mais il ne se souvint pas d'avoir éprouvé la moindre sensation de froid. Entré pour la seconde fois à l'Hôtel-Dieu, le 28 octobre 1859, on constate une hémiplégie faciale complète du côté droit : la commissure labiale très fortement tirée à gauche, l'œil droit reste ouvert, la contraction du buccinateur, du frontal, de tous les muscles animés par le facial est impossible sous l'influence de la volonté, tandis que ces mêmes muscles sont restés irritables à l'action de l'électricité, le malade accuse vers la tempe une douleur qu'il dit très vive par instant, l'œil gauche est rouge, injecté, les vaisseaux placés sous la conjonctive ont une direction parallèle et s'arrêtent à la cornée. Quelques jours plus tard, un léger dépoli de cette membrane et un peu moins de transparence vers la moitié inférieure indiquent qu'elle participe aussi à l'altération. Alopécie, quelques ganglions à la partie inférieure du cou. Plusieurs collyres au nitrate d'argent firent disparaître en grande partie, mais assez difficilement, ces lésions du globe oculaire. La paralysie fut traitée sans succès durant deux mois par des vésicatoires et par l'électricité, le malade sortit de l'hôpital vers la fin de décembre.

Il y revint à deux reprises, présenta de la névralgie du trijumeau et finit par être très amélioré grâce à un traitement spécifique énergique.

OBSERVATION III

Chancre induré, tumeur gommeuse. Névralgie et plus tard paralysie de la cinquième paire des nerfs craniens. Hémiplégie. Amélioration remarquable par l'iodure de potassium.

Zambaco. Des affections nerveuses syphilitiques, p. 348, Paris, 1862. Observation LVII.

Le nommé F..., âgé de quarante ans, charretier, entre à l'hôpital du Midi, le 20 juillet 1853, salle 2^e, lit N° 4, service de M. Ricord. Du côté de la famille, aucun antécédent qui puisse venir en aide au diagnostic de l'affection actuelle. Vacciné dans son enfance, il n'a eu aucune maladie grave, si ce n'est une morsure de vipère vers l'âge de dix ans. Jusqu'à 20, il reste dans les Pyrénées-Orientales, son pays natal ; puis il partit comme soldat en Afrique, où il a bien supporté le climat. De retour en France, deux ans après, en 1835, il contracta un chancre à la verge qui, au dire du malade, donna lieu à un bubon indolent de l'aine droite ; le chancre resta dur, longtemps après sa guérison. F... ne prit que trois pilules mercurielles, car il se déclara chez lui une fièvre intermittente sur laquelle s'est portée toute l'attention des chirurgiens militaires. En attendant, les accidents vénériens guérissent d'eux-mêmes sans qu'on s'en occupât.

Un an après le chancre, il eut, à l'anus, des boutons avec écoulement ; ils se sont dissipés par l'usage des bains froids. A vingt-huit ans, après avoir quitté le service, il eut un rhumatisme articulaire aigu. A trente-quatre ans, il eut un second rhumatisme, il parut une tumeur indolente à la région poplitée gauche où l'on voit aujourd'hui une cicatrice de 44 centimètres environ de largeur sur 43 de hauteur. Cette tumeur devint douloureuse six mois après son début.

Le docteur Puel consulté à cette époque, diagnostiqua une maladie vénérienne. Un traitement mercuriel fut continué pendant quinze mois environ ; le malade n'a jamais eu d'autres symptômes syphiliti-

ques. Sa santé continua d'être parfaite jusqu'il y a deux ans. Marié en 1841 à une veuve déjà mère, il n'eut jamais d'enfants.

Au commencement de 1851 il eut des douleurs névralgiques péri-orbitaires, avec des exacerbations nocturnes et irradiations dans les dents supérieures du même côté. Le malade s'en fit même arracher pour calmer ses souffrances. Un traitement de quinze jours par le sulfate de quinine, fit disparaître ces douleurs. Mais, pendant un an, il éprouvait des bruissements continus dans l'oreille gauche ; puis les douleurs névralgiques sont revenues à la même place, avec des exacerbations nocturnes moins caractérisées ; à la même époque le malade eut des troubles de la vision ; la vue avec les deux yeux était confuse ; elle devenait nette, si l'un d'eux était fermé. M. Guéneau de Mussy, consulté, a prescrit un traitement qui a tout fait disparaître, excepté le bruissement de l'oreille ; la nature de ce traitement nous est inconnue.

En juillet 1852, le malade rentra chez M. Guéneau de Mussy qui l'a soumis à l'iodure de potassium, à la salsepareille, au sulfate de quinine et peut-être au mercure. Vers le mois d'août, les phénomènes névralgiques persistent et s'accompagnent même de paralysie du sentiment, dans les points douloureux. Le malade vit apparaître, sans cause appréciable, une kératite ulcéreuse à gauche ; il donne de vagues renseignements sur ce qui s'est passé alors du côté de l'œil cependant il parle d'un strabisme interne qu'il aurait eu.

Pendant le mois de septembre, étourdissements fréquents et céphalées très vives. En octobre, convulsions épileptiques avec hoquet et vomiturition. Ces accidents se répètent trois fois à huit jours d'intervalle et sans perte de connaissance. Quoique le malade n'ait pu s'observer attentivement pendant ses attaques, il semble que c'est le côté droit du corps qui fut surtout convulsé.

Ces phénomènes cérébraux se terminèrent par une hémiplegie complète du mouvement dans toute la moitié du corps. Un médecin de la ville a prescrit des purgatifs, des antispasmodiques, et en dernier lieu de la noix vomique.

Les spasmes n'ont pas reparu ; mais l'hémiplegie persista, et le malade entra le 12 novembre à Saint-Antoine, dans le service de M. Hérard, qui le soumit à l'iodure de potassium et à l'électricité.

Le traitement a amélioré son état, le malade pouvait marcher, six mois après son admission. Il sortit de Saint-Antoine et rentra à Necker, où l'on continua l'iodure de potassium, en ajoutant un séton à la nuque.

Le bras paralysé recouvra en partie sa force ; peu de temps après, X... quitta l'hôpital Necker pour entrer à l'hôpital du Midi. Au moment de son admission, il présente une hémiplegie droite incomplète, mais très apparente. La jambe est traînante ; elle fléchit incomplètement dans la marche ; le bras ne peut être complètement élevé. Les doigts et les orteils sont presque immobiles. Les premiers sont fléchis en crochet dans la paume de la main. La face présente une déviation très sensible. La paupière supérieure cependant se meut et recouvre bien le globe oculaire. La sensibilité est conservée. Quant à la vision, le malade voit encore avec un certain trouble, et bien plus nettement avec un œil qu'avec les deux ensemble ; la cornée droite offre, à son côté externe, une tache qui empiète sur le champ pupillaire. Strabisme interne très apparent. La paralysie de la cinquième paire persiste au côté gauche de la face ; elle se limite avec une merveilleuse netteté sur la ligne médiane. Quoique généralisée, elle est plus marquée au point d'émergence des nerfs frontaux et du sous-orbitaire.

Toute la conjonctive est insensible au contact de la pointe d'une épingle. Les paupières restent ouvertes pendant cette expérience bien qu'elles conservent leurs mouvements. Il y a clignement, lorsqu'on porte la pulpe de l'index sur la conjonctive. Les organes génitaux n'offrent rien d'anormal. Aucun autre symptôme.

Traitement. — Iodure de potassium dont la dose est portée graduellement jusqu'à 6 grammes par jour. Pendant son séjour à l'hôpital, le malade est tourmenté par des douleurs névralgiques très violentes, siégeant au côté gauche de la face. Vers la fin d'août, il survint une otite gauche intense avec gonflement et rougeur du conduit auditif extrême. Sangsues et nombreux vésicatoires derrière l'oreille. Ces moyens ont produit un grand soulagement.

Le 10 septembre. — Un écoulement puriforme peu abondant, mais durant plusieurs jours, a lieu par le conduit auditif.

Le 20 septembre. — Apparaissent des douleurs névralgiques du côté droit de la face. Elles sont combattues par des vésicatoires, sans interruption de l'iodure de potassium. A la fin du mois, quelques légers troubles digestifs exigent la suspension du traitement.

Le 31 octobre. — Le malade sort sur sa demande. Voici l'amélioration que l'on constate chez lui : l'hémiplégie est bien peu marquée. Lorsqu'il est arrivé à l'hôpital du Midi, il traînait la jambe en marchant.

Aujourd'hui, la progression s'accomplit si bien, qu'une personne non prévenue ne s'apercevrait pas de l'infirmité du malade. Le bras droit n'a pas entièrement repris ses fonctions ; il est encore raide et se fléchit difficilement ainsi que les doigts. Le strabisme persiste. L'anesthésie faciale a beaucoup diminué d'étendue et se trouve limitée aux environs de l'orbite. La conjonctive est toujours insensible. Les douleurs névralgiques ont beaucoup diminué, mais elles existent des deux côtés et sont plus intenses à droite. Le malade continuera la même médication chez lui.

OBSERVATION IV

Observation d'un cas de paralysie de tous les muscles de l'œil par suite de syphilis.

Koenigstein.

Le docteur Koenigstein présente un malade qui offre une paralysie de tous les muscles de l'œil avec une hémianesthésie droite du trijumeau. Le malade, âgé de 33 ans, a dans sa jeunesse été atteint de syphilis.

En 1867, il eut une blennorrhagie et en 1868 un condylome étendu à l'anus.

L'année suivante, il présente des plaques muqueuses à la langue, après quoi, il eut une éruption pustuleuse.

Pendant l'hiver 1874, le malade eut de la folie des grandeurs et dut être enfermé à vue dans une chambre, car il devenait dangereux ; il y resta trois mois environ.

En 1875 reparurent les attaques de fièvre (ces premières datant de

1873) avec vomissements, céphalées et adjonctions d'accès épileptiformes. En 1876, au printemps, ces symptômes se représentèrent, et disparurent rapidement après une courte durée.

Septembre 1876. — Il vient à la Policlinique pour de la diplopie. On constate de la parésie du moteur oculaire commun et du moteur oculaire externe du côté droit.

Quatre jours après, apparaît une paralysie totale des muscles de l'œil. Le malade prit du bromure de potassium et fut électrisé.

Pendant ce temps, entra en scène l'anesthésie du trijumeau droit.

Janvier 1877. — Le malade est complètement guéri.

Août. — Il revient, se plaignant que depuis quatre semaines les mouvements de l'œil sont de plus en plus faibles, on constate une paralysie complète des muscles de l'œil.

En septembre apparaît de la cécité qui s'est manifestée à la suite de violentes céphalées ayant duré trois jours.

Décembre 1877. — Encore une crise de violentes céphalées, anesthésie du trijumeau droit, puis kératite de l'œil droit paraissant de nature neuro-paralytique, qui conduit à la constitution d'un leucome.

Kœnigstein examine le malade qui avait un teint cireux et lui découvrit une grosse tumeur de la rate.

O. D. — Paralysie totale des muscles. Anesthésie manifeste du trijumeau droit. L'ophtalmoscope révèle de l'atrophie blanche à droite et un commencement à gauche. Kœnigstein considère comme évident que la maladie provient d'un processus cérébral diffus qui a sa source dans les artères (dégénérescence de Keubner).

OBSERVATION V

Kératite neuro-paralytique. Guérison par le Dr Jany.

Carl Tammer, âgé de vingt-neuf ans, boucher à Konigshain, entra le 29 avril de cette année dans mon service à Glatz.

Le malade d'une constitution robuste, homme d'un extérieur robuste, rapportait que, il y a trois mois passant dans la Land-Strasse, derrière une voiture chargée de paille, il vit tout à coup de son œil

gauche une lueur particulière semblant venir de gauche et tomba ensuite pris de vertige et faillit rouler sous la voiture.

Le malade décrivait cette apparition de lueur dans les termes suivants : on aurait dit de petites lames de verre de toutes les couleurs qui se mouvaient dans la partie gauche du champ oculaire, tournaient en rond et se rapprochaient l'une de l'autre en zigzaguant jusqu'à se prendre en masse. Après quelques minutes, la lueur et le vertige disparurent.

Ce phénomène se reproduisit les semaines suivantes à plusieurs jours d'intervalle et d'une façon si vive, et durant si longtemps qu'il était obligé d'interrompre son travail pendant une demi-heure parce que le cœur lui manquait et ses membres tremblaient. Il gardait pourtant sa connaissance.

Trois semaines avant son entrée, un jour vers deux heures de l'après-midi, pendant son travail, il fut pris d'un tel accès (la lueur paraissant venir d'en haut), qu'il fut obligé de s'asseoir, appela sa femme à l'aide et perdit connaissance. Il resta deux heures dans cet état; et, d'après sa femme il aurait eu de vives convulsions, surtout du bras droit. Après cela, il resta très faible et abattu tellement qu'il ne put, malgré son courage, reprendre son travail. Depuis cette époque, aucun retour de l'accès.

En outre, le malade affirmait qu'au début de la maladie, en février, il avait remarqué une anesthésie de la moitié gauche du front jusqu'au cuir chevelu. Alors il lui parut, et cette sensation persiste encore aujourd'hui, que la partie du front au-dessus du sourcil enflait.

Enfin, en cette région des douleurs persistantes apparurent.

Au commencement de ce mois seulement, l'œil gauche commença à devenir trouble à tel point qu'il devait le fermer pour voir plus clair.

Depuis huit jours, la moitié inférieure commençait à rougir. Le malade se rendit alors au Lazaret de garnison de Glatz, où un aide lui pratiqua des instillations dans l'œil. Mais comme après plusieurs jours, il n'y eut pas de mieux, il se présenta à mon collègue, le docteur Weigmann qui fut assez aimable pour me l'adresser.

Au point de vue des commémoratifs, ce malade, étant soldat (de

1872 à 1874), eut plusieurs fois de la gonorrhée. Il eut également à cette époque un chancre du pénis et dut rester quatre semaines au Lazaret de la garnison, où il prit des gargarismes et subit des frictions.

Il eut ensuite plusieurs bubons inguinaux.

Le malade, marié depuis six ans, a eu de sa femme trois enfants dont les deux aînés, jeunes garçons bien portants, sont actuellement vivants, et le plus jeune est mort à 9 semaines de choléra infantile.

A son entrée, l'état du malade était le suivant : La cornée présente un aspect uniformément trouble, de couleur blanc grisâtre jusqu'à 3/4 de millimètre du limbe scléral. La partie troublée était séparée de ce limbe par une ulcération plate et d'une étendue inégale. Les couches antérieures de l'épithélium étaient tuméfiées et desquamées. Avec un éclairage suffisant et à la loupe, l'opacité apparaissait sous forme d'une grande quantité de foyers plus ou moins grands, gris blanc, qui se trouvaient surtout à la périphérie de la cornée et sous forme de lignes grises qui paraissaient appartenir aux couches profondes.

La pupille paraît ronde et large de 3 millimètres 1/2 autant qu'on peut l'apercevoir. Mais le malade ne peut compter les doigts.

Injection périkeratique et conjonctivale importante, conjonctive tuméfiée avec sécrétion exagérée.

Paupières également tuméfiées.

Globe hypotone.

Sensibilité de la cornée et de la conjonctive presque entièrement abolie. Anesthésie également de la moitié du visage dans le domaine des première et deuxième branches du trijumeau gauche.

Comme épreuve de la sensibilité de la cornée, on instilla dans l'œil du patient une goutte de la teinture d'opium crocatum. Dans l'œil gauche, le malade ne ressentit pas de brûlure, à peine un léger picotement, tandis que dans l'œil droit une goutte causait de violentes douleurs.

Quand nous entreprîmes l'analyse clinique de ce cas, nous vîmes sans hésitation qu'il s'agissait d'une lésion de la cornée à la suite d'une paralysie du trijumeau et il s'agissait seulement de rechercher les conditions étiologiques exactes de cette paralysie.

Nous avons affaire dans ce cas à une lésion d'une seule paire nerveuse, l'oculo-moteur externe, le pathétique, étant intacts, et nous devons penser à une lésion très limitée en étendue. Nous savions aussi que le trijumeau n'était pas lésé en totalité, c'est-à-dire dans ses trois branches et que la cause de la lésion n'existait pas à la sortie du nerf hors du crâne, mais devait ne pas être cherchée ailleurs que dans le ganglion de Gasser, particulièrement au point où les deux branches sortent du ganglion, c'est-à-dire à la partie convexe antérieure. Pour pouvoir connaître plus à fond le genre de processus pathologique produisant une lésion circonscrite, nous devons revenir à la marche de la maladie, et donner des éclaircissements sur les images trompeuses vues par le malade.

Nous avons dit plus haut, qu'au début de sa lésion cérébrale, il avait eu des lueurs de scotomes, du vertige, des douleurs de tête et un accès épileptiforme et qu'ensuite s'établit une paralysie circonscrite d'un nerf cranien.

De l'ensemble de tels symptômes survenant chez un jeune homme en pleine vigueur nous devons conclure qu'il est atteint d'affection syphilitique, et nous ne pouvons pas nous méprendre sur la nature syphilitique qui fait le fond de la lésion, étant donné le manque d'autres symptômes. En conséquence, il est à prévoir qu'il faisait de la méningite gommeuse. On peut être assuré en interrogeant les symptômes d'apparition de la lésion du trijumeau, qu'il s'est formé une production gommeuse dans la dure-mère, au bout antérieur du ganglion de Gasser et qu'elle comprime les deux branches du trijumeau, à leur passage dans les trous du crâne, ou bien qu'une gomme s'est développée autour de ces deux branches et peut-être même s'est propagée aux deux nerfs.

Guidé par ces idées, j'appliquai au malade le traitement ioduré et à l'extérieur, contre les céphalées qui duraient encore, je fis faire des onctions avec de l'onguent mercuriel belladonné sur le front et les tempes. En même temps, application de cataplasmes sur l'œil et instillations d'atropine. Mais comme avec ce traitement aucune amélioration ne se manifesta dans les six jours, je commençai d'après la méthode d'Heysmann, à faire faradiser l'œil, les paupières, le front et la joue, et pratiquer l'occlusion de l'œil par un bandage.

L'électrothérapie appliquée une fois par jour pendant plusieurs minutes, donna un résultat merveilleux. Dès la première séance, le malade commença à ressentir une sensation de chaleur dans sa joue gauche, qui ainsi que la région du front était devenue froide de bonne heure, en même temps que la conjonctive bulbaire désenflait.

Après le deuxième jour, la moitié gauche du nez du malade, sèche depuis le commencement de la paralysie, commença à sécréter, et du côté de l'œil apparurent des signes évidents de guérison : conjonctive plus pâle et moins tuméfiée, excoriation cornéenne diminuée dans tous les sens, particulièrement en dedans où l'on voit très bien la cornée se recouvrir de son épithélium. Deux jours après, la sécrétion est complètement tarie, le bulbe presque plus injecté, en haut et en bas, le limbe de la conjonctive envoie sur la cornée quelques vaisseaux, pendant qu'elle reprend son apparence ovale. L'excoriation devient plus petite de moitié, le segment interne de la cornée s'éclaircit au point qu'on voit distinctement le bord pupillaire et que le malade voit et compte les doigts.

L'anesthésie cutanée du front et de la joue disparaît, et l'instillation d'une goutte de teinture d'opium dans l'œil malade cause des douleurs de bon augure. Il subsiste cependant toujours de l'hypotonie.

Le 12 mai de la même année, après un traitement de 14 jours, le malade en ayant le désir, retourna dans son pays avec l'ordre de se faire électriser chaque jour par son médecin, de porter un bandeau occlusif et de continuer à prendre de l'iodure. Il se présenta encore 3 fois à ma clinique et enfin la dernière fois le 19 mai. A ce jour on constate une amélioration graduelle de l'ulcère cornéen ; la vascularisation de la cornée avait en particulier disparu. L'anesthésie dans le territoire des deux premières branches du trijumeau, très améliorée, était cependant considérable encore dans la région frontale. Au commencement d'août, l'ulcère cornéen était entièrement guéri, mais l'opacité n'était pas complètement disparue, de sorte que le patient ne comptait les doigts qu'à une distance de 2 m. 1/2.

Le 10 novembre, je vis le malade pour la dernière fois, cette fois il ressentait encore des douleurs dans la moitié gauche de la région frontale, pendant le jour seulement, les nuits étaient bonnes ; ces douleurs duraient quelques minutes. Cependant, la sensibilité n'était

pas encore complètement revenue à cet endroit. Enfin une dernière preuve suffisante de guérison : la cornée s'était éclaircie particulièrement en dedans et en haut. Cependant, on y apercevait encore à l'œil nu des espaces blancs qui, à la loupe, et éclairés suffisamment, apparaissaient formés d'un grand nombre de points opaques diffusés en forme de nid. Ils étaient surtout répandus dans le secteur inférieur de la cornée.

Je recommandai au malade de se faire électriser encore quelque temps, deux fois au moins par semaine, et dans l'espoir d'une guérison plus rapide, de se faire une instillation quotidienne de teinture d'opium crocatum et contre la névrite qui paraissait subsister toujours, de pratiquer encore longtemps le traitement iodo-mercuriel au lieu d'iodure de potassium. Depuis, je n'ai plus entendu parler du malade.

OBSERVATION VI

Alexander. Syphilis und Auge, p. 28

Le marchand M..., âgé de 36 ans, de Saint-Petersbourg, se présenta à moi en juin 1878. Infecté en 1874, ce patient, que ses occupations forcent à s'éloigner souvent et longtemps, n'avait encore pu se soumettre à un traitement systématique. Après qu'un ulcère du pharynx et un exanthème étendu à tout le corps se furent montrés dans l'année 1875, il prit du mercure à l'intérieur pendant un peu plus longtemps, mais alors et même maintenant d'une façon irrégulière. Pendant l'année 1877, le malade fut atteint pour la première fois d'une exostose du tibia gauche et de la poignée du sternum qui n'étaient pas encore guéries le jour de son arrivée à Aix, malgré l'emploi assez prolongé de l'iodure jaune de mercure. A cela s'ajoutèrent depuis plusieurs mois, de violentes douleurs, envahissant toute la moitié gauche de la face, douleurs qui par l'insomnie, par un ptyalisme intense ainsi qu'avec un catarrhe buccal chronique affaiblissaient le malade et augmentaient de violence de jour en jour. Enfin de plus, depuis 3 semaines il commençait à souffrir de l'œil gauche. A ce moment alors, le malade presque désespéré consentit à se soumettre à un traitement plus long à Aix et à être débarrassé de son affection.

Je trouvais chez ce malade les symptômes syphilitiques suivants :

A la poignée du sternum, ainsi qu'aux deux tibias, se trouvaient des exostoses très douloureuses ; plus récemment se montre encore une exostose du bord supérieur orbitaire du côté gauche, exostose qui d'un côté se prolonge loin dans la cavité orbitaire et qui de l'autre se prolonge sur le front jusqu'au cuir chevelu. La paupière et la conjonctive du côté gauche, de couleur jaunâtre, sont insensibles ; la cornée du même côté, parfaitement insensible et légèrement trouble, presque jusqu'à la périphérie, est le siège d'un dépôt central dans ses couches profondes ; la tension intra-oculaire est diminuée ; la pupille réagit mais est paresseuse.

L'anesthésie s'étend plus récemment également à la moitié gauche du front et au côté gauche du nez ; sur la joue et jusque sous la mâchoire inférieure, le malade ressent mieux et localise exactement une piqûre d'épingle ; le goût et l'odorat sont supprimés du côté gauche. Lorsque le malade fut guéri de son ptyalisme et eut déjà retiré quelque bénéfice d'une diète sévère et de l'usage de nos bains, je lui prescrivis des frictions énergiques longtemps continuées et en même temps que de l'iodure à hautes doses, l'œil reçut de l'atropine et un bon pansement occlusif. Après 85 frictions de 5 grammes par jour et plus de 100 bains chauds, le malade nous quitta guéri et d'aspect florissant après un séjour de près de 5 mois à Aix. Les exostoses les plus récentes sont absolument disparues, la sensibilité est revenue dans toute la moitié gauche du visage, quoique dans la moitié du front la piqûre d'une aiguille soit toujours sentie d'une façon obscure et seulement comme une douleur circonscrite ; la cornée est redevenue claire et brillante, et présente une opacité centrale visible seulement à l'éclairage latéral et qui gêne si peu la vision, que le malade peut, de nouveau, lire couramment le numéro 1 de l'échelle de Fœger ; bref il ne reste plus rien des derniers symptômes de la maladie. Maintenant encore, alors que le malade a repris depuis un an ses pénibles occupations, il nous a communiqué par une lettre qu'il n'était rien reparu des récents symptômes syphilitiques.

Nous avons donc affaire dans ce cas à une paralysie du trijumeau gauche totale pour sa première branche, et incomplète dans le territoire des deux autres. Les symptômes cérébraux manquaient totale-

mént, les autres nerfs craniens étaient également sains, il fallait donc plutôt chercher le siège de la lésion à la périphérie; l'exostose visible du bord orbitaire supérieur et s'étendant vers le fond de l'orbite, conduisait sûrement à des altérations pathologiques du trajet du rameau ophtalmique du trijumeau, altérations qui s'étendaient alors jusqu'au ganglion de Gasser et de là causaient des altérations neuro-paralytiques de la cornée. Cessante causa, cessat effectus. Lorsque la périostite de la voûte orbitaire gauche fut apaisée, les signes de paralysie du trijumeau s'apaisèrent également et ainsi fut rendue possible la guérison de la kératite neuro-paralytique.

OBSERVATION VII

Alexander. Syphilis und Auge, p. 28.

Le malade, atteint, en 1862, de syphilis, présenta bientôt la série habituelle de symptômes : exanthème, pharyngite, plaques à l'anus, contre lesquels on employa longtemps et irrégulièrement, le traitement ioduré et mercuriel. Jusqu'en l'année 1867, la maladie parut guérie, quand apparut un écoulement fétide du nez et plusieurs séquestres nécrosés qui furent éliminés.

A l'hôpital catholique de Berlin, on traita longtemps ce malade avec la « Décoction de Littmann », cependant l'ozène ne diminua pas, non plus que la surdité gauche qui commençait à inquiéter le malade.

En 1869, apparition de plusieurs symptômes cérébraux, céphalées persistantes, perte du langage articulé, diminution de la mémoire, on fit des frictions de mercure.

L'hiver de 1869-70 se passa bien, et déjà le malade se réjouissait d'une amélioration sensible, lorsqu'en juin 1870, il se vit atteint d'une paralysie du moteur oculaire externe et du facial. On fut obligé de recourir à nouveau aux frictions à Aix-la-Chapelle. Au bout de quelques semaines, l'œil gauche commença à s'enflammer et alors je fus commis à son examen par mon collègue.

Je constatai ce qui suit : les os du nez et le septum narini étaient détruits en partie, la luette collée à la voûte palatine ; l'oreille gauche

ne percevait qu'à peine le tic-tac d'une forte montre appliquée sur le pavillon. Les rides du front étaient effacées à gauche, la bouche déviée à droite et l'œil fortement dévié en dedans par suite de la paralysie du moteur oculaire externe gauche ne pouvait être fermé. Une piqure d'épingle n'était pas sentie depuis le front jusqu'à la mâchoire inférieure du côté gauche.

Le goût et l'odorat étaient à peine atteints.

La conjonctive bulbaire et palpébrale gauche est injectée et présente une sécrétion abondante

Une rougeur sous-conjonctivale légère entoure la cornée qui présente un foyer central jaune entouré d'une zone d'opacité allant en diminuant à la périphérie, opacité qui permet cependant d'apercevoir les fibres enflammées de l'iris et un léger hypopion de la chambre antérieure.

La cornée tout entière était insensible, tellement que l'attouchement d'une pince ou le contact du bout du doigt n'étaient pas perçus.

Le clignement des paupières était presque impossible.

Tension oculaire diminuée.

La pupille un peu dilatée, réagissait promptement à la lumière; l'atropine la dilatait au maximum. L'œil apercevait les doigts comme à travers un nuage.

Malgré l'occlusion de l'œil par un bandage serré, l'hypopion augmenta, et je pratiquai une ponction pour vider la chambre antérieure; cette ponction et la fixation du bulbe par la pince à fixation ne furent pas ressenties par le patient.

Je dus bientôt quitter le malade à l'occasion de la guerre franco-allemande, et j'appris à mon retour la mort de mon malade, causée par une complication cérébrale survenue la même année.

Nous avons eu affaire ici à une paralysie du facial, de l'acoustique, du moteur oculaire externe et des trois branches du trijumeau, cette dernière paralysie ayant causé une kératite neuro-paralytique et tout cela chez un syphilitique; ces symptômes sont survenus après des lésions osseuses et muqueuses, et des lésions cérébrales existant depuis longtemps. Nous devons reporter le siège de la lésion à la base du crâne où les nerfs précités étaient comprimés par une tumeur syphilitique (gomme ou exostose).

OBSERVATION VIII

Alexander. Syphilis und Auge.

Femme de 35 ans, habitant près d'Aix-la-Chapelle, vue pour la première fois en 1887. Elle était atteinte de syphilis depuis 3 ans, et présentait à cette époque des symptômes cérébraux graves.

Les plus sérieux étaient: des douleurs occupant surtout la moitié gauche du visage, de la stupeur, de la diplopie, causée par la paralysie du moteur oculaire externe et aussi la paralysie de plusieurs branches du facial. La malade présentait également une affection de l'œil gauche.

Les céphalées disparues depuis quelques semaines firent place à des troubles de la vision qui devint difficile.

Je trouvai une anesthésie de la première branche du trijumeau qui se propageait jusqu'au cuir chevelu et jusqu'à la ligne médiane, sans attirer le goût ou l'odorat. Je trouvai en outre une paralysie du moteur oculaire externe gauche et de quelques branches du facial; enfin une anesthésie complète de la cornée qui était nuageuse. On pouvait appuyer fortement une sonde sans amener de clignement des paupières.

Le centre de la cornée était ulcéré, la chambre antérieure remplie de pus jusqu'au quart.

Malgré un traitement immédiat: frictions mercurielles et occlusions de l'œil, la fonte de l'œil se produisit.

La malade se rétablit par la suite et se porte bien actuellement.

OBSERVATION IX

Alexander. Syphilis und Auge.

Un habitant de l'Allemagne du Sud présenta les mêmes symptômes, Chez lui encore le traitement ne put empêcher la fonte de l'œil,

Le malade jouit actuellement d'une bonne santé.

OBSERVATION X

Alexander. Syphilis und Auge.

Un sud russe, malgré ses 20 ans, était atteint depuis plusieurs années d'une façon sérieuse et à intervalles rapprochés, de récidence des symptômes cutanés et muqueux. Depuis six mois, il présentait de la syphilis cérébrale avec hémiplegie gauche.

Le malade paraissait stupéfié, indifférent à tout ce qui l'entourait. Sur le tronc et aux membres, on voyait quantité de cicatrices blanchâtres, disposées en rayons, de l'onxis aux doigts et aux orteils, complétant l'apparence d'une syphilis non guérie. La pression de la main gauche était faible, le pied gauche traînait en marchant.

Les réflexes comme la miction urinaire et les sécrétions étaient normaux. La branche oculaire du facial droit était parésiee, et la fente palpébrale ne pouvait se fermer entièrement. La moitié droite du visage et du front était insensible à la piqure d'une épingle, la cornée présentait des symptômes de kératite neuro-paralytique. Insensibilité complète, lésion centrale de la cornée, opacité grise du tissu cornéen, qui s'étend du centre à la périphérie. Malgré la suture palpébrale, l'œil périt cependant.

L'état général s'améliora sensiblement, et après une longue médication antisiphilitique, le malade put quitter Aix-la-Chapelle dans un état satisfaisant.

OBSERVATION XI

Leçon de M. le professeur Panas, janvier 1893.

Nous venons d'examiner ensemble une malade de la salle Sainte-Agnès qui est atteinte d'une kératite particulière d'aspect et d'origine. La lésion de la cornée est superficielle ; il y a une sorte d'exfoliation épithéliale générale offrant comme le résultat d'une grosse bulle cre-

vée ; la conjonctive est très rouge sans chémosis marqué, sans sécrétion abondante, sans larmoiement continu.

La malade, très gênée pour la vision, ne souffre pour ainsi dire pas et n'a point de photophobie : On est vraiment étonné de voir si peu de signes subjectifs pour tant de dégâts. Il se passe là un processus « à froid » qui fait immédiatement songer à une lésion spéciale du terrain injecté, dont les nerfs auraient perdu leur réceptivité sensorielle normale.

On doit penser dans un cas semblable à une kératite neuro-paralytique, surtout quand on a constaté l'anesthésie complète de la cornée.

L'évolution a été relativement lente ; dès le mois de juillet ont apparu des névralgies faciales du côté lésé, névralgies que rien n'a pu amender et qui ont continué pendant le séjour de cette femme à l'hôpital Saint-Antoine jusqu'à ces derniers jours.

C'est en s'éveillant un matin, il y a une quinzaine de jours, qu'elle s'aperçut que l'œil avait rougi et que la vision avait beaucoup baissé. En même temps, la sensibilité tactile avait disparu de tout le côté gauche de la face, et l'ouïe était diminuée toujours du même côté. Depuis ce moment, cet état ne s'est guère modifié ; la vision est restée défectueuse ; l'insensibilité est actuellement complète à tous les points de vue, et se limite exactement à la moitié gauche de la face : elle est plus prononcée dans le territoire de l'ophtalmique et du maxillaire supérieur que dans celui du maxillaire inférieur ; elle s'étend à toute la partie gauche de la langue, du voile du palais, et de la muqueuse nasale ; la notion des odeurs et les sensations gustatives sont également perdues à ce niveau. L'oreille gauche ne perçoit la montre qu'au contact.

L'hérédité nerveuse est certaine, un père ramolli, une mère hémiplégique, des parents aliénés ; la cause première pour laquelle il faut faire l'examen complet des fonctions du cerveau et de la moelle paraît être de nature syphilitique. Cette femme a fait, il y a deux ans, un séjour à l'hôpital Saint-Louis pour une ulcération de la jambe qui paraît avoir été le résultat d'une gomme, mais il est extrêmement difficile de trouver le début des accidents primitifs. A part ses troubles du côté de la cinquième paire, elle ne présente rien d'anormal,

rien ne prouve que l'olfactif et l'auditif soient pris ; les lésions observées peuvent ressortir à l'affection du trijumeau ; il n'y a rien du côté des autres paires craniennes, et en particulier du côté des nerfs moteurs de l'œil. La malade avale bien et n'a pas de troubles laryngés. Il y a donc une lésion certaine de la cinquième paire et très douteuse de la première et de la huitième paires, avec kératite neuro-paralytique typique.

Traitement : Occlusion, pansement sec, injections d'huile bi-iodurée.

OBSERVATION XII

Thèse de Lamy. Paris 1892-1893, vol. 14., p. 68

Chancre induré en 1887, cinq ans plus tard (1892) début des accidents nerveux par des vertiges accompagnés de vomissements, des céphalées. L'année suivante, rachialgie cervicale et lombaire revenant régulièrement toutes les nuits, Au bout de quelques jours envahissement de la moelle, paralysie des membres. Amélioration considérable par le traitement spécifique. Reliquat de la maladie en janvier 1893, paraplégie spasmodique, exagération des réflexes tendineux aux membres supérieurs. Anesthésie dans le domaine du trijumeau gauche, avec opacité de la cornée (névrite ancienne du trijumeau) pertes des réactions pupillaires de l'œil droit.

Amb... 35 ans, tonnelier, se présente à la consultation de la Salpêtrière au mois de février 1893.

Pas d'accidents nerveux héréditaires. Le malade lui-même a fait, à l'âge de 14 ans, une scarlatine grave qui s'est compliquée d'adénite suppurée de l'aisselle. Il prétend que sa paupière supérieure du côté gauche aurait commencé à tomber peu de temps après cette maladie. Dans tous les cas, il affirme que quatre ans plus tard, à l'âge de 18 ans, le ptosis de l'œil gauche était complet. Cela aurait suffi à le faire réformer du service militaire. L'œil droit n'avait rien ; d'ailleurs, la vue était normale.

En 1882, il est opéré par un oculiste, pour remédier à cette chute de la paupière qui le gênait considérablement.

En 1886, chancre induré de la verge, et à quelque temps de là, pla-

ques muqueuses dans la bouche. Il n'a jamais remarqué d'éruptions cutanées. Quelques maux de tête peu accusés à la même époque, mais pas d'accidents nerveux. Il a pris alors des pilules et des médicaments dont il ne saurait dire le contenu.

En 1887, un ptosis de l'œil droit se produit lentement, exactement comme cela avait eu lieu pour l'œil gauche, sans troubles de la vue, d'ailleurs.

Marié en 1898, il a eu depuis une fille qui se porte parfaitement. Pas d'autres enfants ; sa femme n'a pas eu de fausses couches, elle a d'ailleurs toujours été bien portante.

En 1901 commence la série d'accidents qui s'est poursuivie jusqu'à ce jour. En octobre, A... est pris dans la journée d'étourdissements passagers qui le forcent à s'asseoir, à s'appuyer aux murs dans la rue. En même temps il éprouve des maux de tête d'une intensité modérée, qui se produisent nuit et jour, mais plus forts la nuit, occupant principalement la région occipitale. A cette même époque, il eut de la diplopie intermittente, en lisant surtout ; mais sans strabisme apparent. Soigné par l'antipyrine et par les douches, il n'éprouva pas de changement notable jusqu'en mars 1892.

Vers cette époque, il fut pris une nuit de vomissements tenaces qui persistèrent jusqu'au matin ; ces vomissements qui avaient lieu sans effort, s'accompagnèrent d'un état vertigineux des plus pénibles, qui ne le quittait même pas étant couché. A la suite, pendant un mois et demi environ, il eut des vomissements constants, suivant presque immédiatement les repas ; et il resta dans un état sub-vertigineux presque complet.

En mai 1892, les vomissements cessent ; aux maux de tête s'ajoute alors une rachialgie très particulière qui survenait toutes les nuits. Dans la journée, le malade souffrait à peine ; à partir de 10 heures du soir jusque vers le lever du jour il ressentait de violentes douleurs dans la colonne vertébrale, beaucoup plus intenses que les céphalées n'avaient jamais été, elles se localisaient principalement dans deux régions : au niveau des reins, et entre les deux épaules. De là, elles se propageaient dans les flancs, d'une part (surtout à gauche) et d'autre part, dans les épaules et dans les bras (surtout du côté droit).

Cette rachialgie s'est accompagnée au bout de quelques jours d'un

état général des plus graves ; paralysie complète des quatre membres, et de la langue, difficulté de la déglutition. On était obligé de l'alimenter avec du lait. Le malade eut en même temps de la difficulté à uriner et de la constipation : mais jamais d'incontinence. Il avait parfaite conscience de ses besoins.

Soigné énergiquement par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles, il éprouva dans l'espace de trois semaines une amélioration considérable ; il pouvait remuer les quatre membres au lit (juillet 1892), puis il put bientôt marcher.

Actuellement (février 1893) le malade se présente avec une paralysie spasmodique légère ; la raideur est un peu plus accentuée dans le membre inférieur gauche. Néanmoins, la tonicité musculaire des membres inférieurs est normale au repos. La démarche est légèrement spasmodique, le malade traîne un peu la jambe gauche qui se fléchit difficilement lorsqu'il veut marcher vite, mais sans frotter la pointe du pied sur le sol. Etant assis, il lui est impossible de croiser les jambes l'une sur l'autre. La vessie est très peu prise, il est long à uriner, mais il n'a jamais eu ni rétention ni incontinence.

Les réflexes rotuliens sont très exagérés des deux côtés ; pas de trépidation spinale aux membres supérieurs, les réflexes du coude et du poignet sont très notablement exagérés du côté gauche ; à droite, ils sont simplement un peu plus forts qu'à l'état normal. Il n'existe pas d'atrophie musculaire, ni le moindre trouble de sensibilité aux membres ; mais à la face, il y a une hypoesthésie dans le territoire cutané de la branche ophtalmique de Willis du côté gauche. La cornée du même côté est opaque et le malade distingue à peine les objets du même côté. Il prétend que pendant la grande maladie qui l'a tenu trois semaines au lit en juillet de l'an dernier, il a eu l'œil gauche très rouge, très injecté et que l'anesthésie de la face, l'opacité de la cornée remonte à cette époque. Il semble donc qu'il se soit produit à cette époque une névrite du trijumeau qui aurait eu pour conséquence l'anesthésie signalée et des troubles trophiques du côté de l'œil. L'examen des yeux pratiqué par M. Parinaud à la Salpêtrière a montré d'autre part que la cornée gauche était insensible. A droite les réactions pupillaires sont abolies. Il existe actuellement un peu de ptosis des deux côtés, mais on ne saurait admettre une relation entre

la syphilis et ce ptosis double ; la chute de la paupière gauche s'est produite en effet 11 ans avant l'infection syphilitique, graduellement, et sans trouble de la vision d'ailleurs : la chute de la paupière droite a eu lieu après l'infection, il est vrai, mais d'une façon toute semblable à la première et elle a été manifestement indépendante des troubles nerveux dont il vient d'être question.

OBSERVATION XIII

Troubles du nerf trijumeau au cours des paralysies oculo-motrices.

Revue de médecine, 1985, Benoit.

E... Noël, 63 ans, tisseur, né en Savoie, présente depuis 7 ans une affection de l'œil gauche pour laquelle il vient consulter à la clinique pour la troisième fois. Bonne santé dans l'enfance, sauf une variole grave à l'âge de 13 ans. Dispensé du service militaire par le sort, il contracta à 25 ans un chancre syphilitique. Ce chancre soigné pendant un mois par des pilules et des tisanes, n'amena pas, jusqu'à ces dernières années, de troubles graves dans la santé du sujet qui se maria à 31 ans et eut une fille encore vivante et bien portante. La femme jouit d'une bonne santé et n'a jamais eu de fausse couche. Bonne alimentation habituelle, pas de misère ni d'alcoolisme, ni d'excès avoués. Parents morts dans un âge très avancé.

En 1886, E... commença à ressentir des fourmillements incessants dans une région qu'il délimite très nettement à la moitié gauche antérieure du cuir chevelu, s'arrêtant en avant sur le front, et en arrière, au niveau de la suture fronto-pariétale. Ces fourmillements ne s'accompagnaient d'aucune douleur névralgique, mais étaient exagérés par le passage du peigne dans les cheveux : le port du chapeau était bien supporté, pas d'alopécie.

Cela dura environ dix-huit mois, puis alla en s'améliorant, en même temps que l'œil gauche devenait à son tour le siège de ces mêmes fourmillements qui s'accompagnaient de la sensation de corps étrangers sous-conjonctivaux.

Il vint alors pour la première fois en 1888 consulter M. le professeur Dor qui ainsi que l'atteste le registre de la clinique constata un peu de conjonctivite, une hypermétropie de 1 dioptrie à gauche, avec presbyopie de quatre D. ; l'œil droit était emmétrope avec quatre D. de presbyopie : à aucun moment cet œil ne fut le siège de troubles subjectifs.

Lorsque trois ans après, E... revint se présenter à la clinique le syndrome actuel s'était déjà accusé par une kératite neuro-paralytique gauche.

Depuis dix-huit mois, ptosis gauche, d'abord avec quelques périodes de rémission, puis augmenté progressivement, au point d'être devenu permanent ; il est complet depuis six mois.

Pas de diplopie, à cause de la cécité de l'œil gauche qui a précédé l'ophtalmoplégie, et qui empêche d'en préciser la date plus exactement. Le seul phénomène à signaler au cours de cette affection progressive est un œdème notable qui pendant quelques semaines de l'année dernière se serait installé sur la paupière, la joue et l'aile du nez, du côté gauche, s'accompagnant d'une véritable hyperesthésie au froid de cette région. Ce symptôme unilatéral s'est atténué depuis ne laissant qu'un peu d'empatement des traits du côté gauche du visage.

Etat actuel, mars 1893. — Le ptosis gauche est complet, un effort énergique ne permet pas un écartement palpébral de plus de un ou deux millimètres. L'orbiculaire des paupières est légèrement parésié. Clignement normal. Pas d'épiphora. Quand on soulève la paupière supérieure l'œil apparaît diminué de volume ; la cornée est flétrie et présente à son centre une ulcération très superficielle, à bords irréguliers, à allure torpide et ne donnant qu'un produit de sécrétion insignifiant. Anesthésie complète de la conjonctive. La vision est abolie et la pupille ne réagit à aucune excitation. Ophtalmoplégie totale.

L'œil droit est parfaitement sain : acuité de 20/20 avec un verre de + 1.25 D. Ses mouvements en haut sont un peu limités. Rien à l'ophtalmoscope. Anesthésie de toute la moitié gauche de la face et du cuir chevelu dans la partie antérieure de ce dernier. En arrière, cette zone d'anesthésie s'étend jusqu'aux limites de distribution des branches du trijumeau. C'est moins une anesthésie absolue qu'une hypoes-thésie au contact et à la piqure.

Les divers poils de la région sont tirés sans que le malade s'en aperçoive. Pas de névralgie, un seul point sous-orbitaire douloureux à la pression. Œdème léger sous-orbitaire gauche, grande sensibilité au froid de cette région. Les odeurs sont mal perçues par la narine gauche qui est également moins sensible aux excitations mécaniques. Le malade dit moucher beaucoup moins de ce côté que de l'autre. Légère anesthésie de la muqueuse buccale du côté gauche.

Notons enfin que l'oreille gauche n'entend la montre qu'à la distance de 5 centimètres alors que la droite la perçoit à 60.

Cet examen a été complété par une exploration systématique du malade, tant au point de vue d'une extension possible du processus au bulbe ou à la moelle qu'à celui d'une névrose isolée ou associée : nous n'avons rien trouvé.

Etat général excellent : toutes les fonctions et forces conservées.

Était venu nous consulter pour quelques vertiges qu'il aurait présentés il y a quinze jours, mais qui depuis étaient allés en s'amendant; soumis à l'iode de potassium et renvoyé à un mois, il ne s'est plus représenté.

Diagnostic. — En présence d'une affection chronique développée d'une façon exclusivement unilatérale, à cette période de la syphilis, nous croyons plutôt à une méningite scléreuse torpide de la base qu'à des troubles d'origine exclusivement nucléaire ou névritique.

La lésion du trijumeau a précédé celle des nerfs oculo-moteurs qui sont tous atteints. L'invasion progressive de l'affection n'est pas en désaccord avec l'hypothèse d'une compression à marche très lente des troncs nerveux, compression qui s'est exercée successivement sur les différents filets qui les constituent.

OBSERVATION XIV

Un cas de paralysie de la 5^e paire, par MM. Wertheim-Salomonsen et Westhoff
(traduit et abrégé de l'original néerlandais par M. Sulzer)

Il s'agit d'une paralysie complète de la 5^e paire droite chez un malade âgé de 54 ans présentant des productions gommeuses des tibias

et de la verge. La paralysie comprend non seulement les trois branches sensorielles, mais aussi la partie motrice (muscle masticateur). Quand le malade ouvre la bouche, le maxillaire inférieur dévie vers la droite ; le déplacement du maxillaire est impossible. La gustation fait complètement défaut, sur les deux tiers antérieurs de la moitié droite de la langue. Tout le côté gauche de la face et du cuir chevelu jusqu'au vertex est insensible.

La conjonctive du globe droit est fortement injectée, sans que la sécrétion soit augmentée. Une production membraneuse, en forme d'anneau de 2^{mm} de largeur, s'est formée entre le limbe scléro-cornéen et l'aire pupillaire de la cornée. Cette dernière est légèrement trouble.

La conjonctive et la cornée sont complètement anesthésiées. La tension est normale. Sous l'action du traitement antispécifique mixte et avec la protection de l'œil à l'aide d'un pansement ouaté, le bord hypertrophié de la cornée diminue lentement, et finit par disparaître, mais cette membrane reste trouble. Son épithélium est toujours intact. Après une absence prolongée du malade on trouva l'iris adhérent à la cristalloïde dans deux endroits.

Avant de se présenter à l'observation, le malade avait eu plusieurs attaques d'épistaxis, et la peau de la joue fut trouvée infiltrée dès le premier examen ; cette infiltration augmente pendant la période d'observation et, à côté du nez, on voit deux grandes ulcérations superficielles se développer. Après 5 mois d'observation, le malade meurt avec des phénomènes bulbaires. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XV

Galezowski. *Journal des praticiens*, 5 mars 1898.

Madame S..., âgée de 41 ans, demeurant aux environs de Paris, vint me consulter le 2 octobre 1895, pour une kératite neuro-paralytique gauche, dont elle souffrait depuis plus de quatre mois et que rien ne pouvait atténuer ; l'œil était par moment très injecté et larmoyant, mais peu douloureux.

Tous les traitements qu'on lui a fait suivre n'ont pu que calmer l'irritation, amener des soulagements, mais jamais de guérison.

En l'examinant attentivement à sa première visite, j'ai pu constater une ulcération nécrosique, occupant l'angle inféro-interne de la cornée, de la forme d'un coup d'ongle, limitée à un demi-centimètre de long sur trois millimètres de large. En le touchant avec une sonde, j'ai pu constater une anesthésie, une sorte de nécrose superficielle de la cornée ulcérée; les parties voisines étaient louches et troubles.

Il s'agissait donc, selon moi, d'une kéralite neuro-paralytique dont il fallait retrouver la cause. Après un examen attentif, j'ai constaté sans grande peine que cette affection était provoquée par une altération du nerf trijumeau avec une anesthésie de toute la moitié de la face et du front du côté correspondant. Cette anesthésie était provoquée par une paralysie syphilitique du trijumeau. La malade a déclaré avoir été atteinte, cinq années auparavant, d'une affection syphilitique, pour laquelle elle s'est soignée pendant quatre mois. Depuis cette époque, elle n'a jamais rien éprouvé de particulier, sa santé générale est bonne.

Je l'ai soumise donc, en raison de ces antécédents, au traitement mercuriel par frictions avec 2 grammes par jour d'hydrargyrite de Petit, et à un traitement local, par des compresses chaudes, l'instillation alternative de duboisine et d'esérine, ainsi que l'introduction de la pommade à l'iodoforme dans l'œil.

Ce traitement ne tarde pas à amener une amélioration très sensible; peu à peu, la sensibilité de la cornée est revenue et déjà au bout de 6 semaines de traitement l'œil était guéri, l'ulcère cornéen se cicatrissa.

OBSERVATION XVI

Fournie au docteur Fromageot par M. A. Terson, chef de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Fl... Jean-Baptiste, quarante ans, menuisier.

Antécédents héréditaires. — Bons.

Antécédents personnels. — Bonne santé dans l'enfance.

En 1877, chancre induré. Soumis au traitement par la liqueur de Van Swieten mais ne fait en somme qu'un traitement très insuffisant.

Deux ans après, en 1879, le malade revit apparaître une tumeur linguale qui fut reconnue pour une gomme et soignée par le sirop de Gibert et l'iodure de potassium (2 grammes par jour au maximum).

Peu de temps après, apparition d'une diplopie ayant duré près de deux mois.

Disparition de cette diplopie par le traitement ioduré. Elle n'a plus jamais reparu.

Presque à la même époque que la diplopie, on constate une anesthésie et une analgésie du côté droit. Bientôt, l'état s'aggrave et le malade présente une paraplégie complète avec rétention d'urine.

Cet état dure environ un an pendant lequel le malade est soigné par M. Dieulafoy par le traitement ioduré à doses massives jusqu'à 10 grammes d'iodure par jour.

A sa sortie du service de M. Dieulafoy, la santé du malade était redevenue bonne. De temps en temps il se remettait au traitement ioduré pendant une quinzaine de jours.

Le 10 octobre 1895 l'œil droit commence à être malade. Le malade a reçu de la poussière dans l'œil en faisant fonctionner un châssis. Dès le lendemain l'œil était rouge et il semblait au malade avoir un épais brouillard sur la vue.

M. Dubois de la Vigene le voit et porte le diagnostic de kératite sans épithète.

Le malade part alors en Belgique et est soigné par la pommade à l'oxyde jaune de mercure à Tournai.

Dix jours après le début, le malade avait entièrement perdu la vue. Il dit avoir eu quelques maux de tête, mais jamais de violentes douleurs, jamais de photophobie très intense.

Il se présente à la clinique de l'Hôtel-Dieu le 8 janvier 1896. A ce moment, on constate un leucome adhérent total.

Insensibilité cornéenne totale. Réflexes rotuliens exagérés surtout à droite.

O. G. normal. Bons réflexes. Diminution notable de la sensibilité du côté droit de la face.

Interrogé, le malade reconnaît avoir fait autrefois de grands excès

alcooliques ce qui pourrait être considéré comme un facteur de gravité pour la syphilis. Néanmoins, depuis sa syphilis il a eu plusieurs enfants qui sont actuellement bien portants.

Le malade est mis aussitôt au traitement mercuriel par les piqûres de bi-iodure trois fois par semaine. L'œil allait mieux pendant un certain temps, mais la cornée était transformée en un énorme leucome adhérent.

Le malade recommence à souffrir et entre à l'hôpital le 24 mars.

Quelques jours après, l'œil grossit considérablement et l'opération qui avait été décidée d'abord comme devant consister en une staphylectomie est transformée en une énucléation par M. Panas le 27 mars 1896 en présence d'une panophtalmie. Les suites opératoires furent excellentes. Nous avons revu ce malade plusieurs fois depuis, il porte un œil artificiel et n'a plus jamais présenté aucun trouble du côté de l'appareil de la vision.

OBSERVATION XVII

Kératite neuro-paralytique au cours d'une syphilis cérébro-spinale. — Guérison par la tarsorrhaphie interne

Terson père. *Annales d'oculistique*, 1901.

M. S..., âgé de 39 ans, a été atteint de syphilis il y a dix-neuf ans. Il se rend de Bordeaux, qu'il habite d'ordinaire, dans la plupart des grandes villes, à l'époque des foires importantes, il était à Isle sur Tet, près Perpignan, il y a exactement un an aujourd'hui, lorsqu'en sortant de table, il s'affaissa subitement et demeura quatre jours dans un demi-coma. Le médecin appelé constata une paralysie faciale complète du côté droit sans hémiplégie et, prévenu des antécédents du malade, prescrivit des frictions mercurielles. Mais peu de jours après, apparut à l'œil droit, du côté paralysé, dans la partie inférieure de la cornée, une opacité qui gagna rapidement le centre; en sorte que cet œil fut très vite privé de toute vision utile.

Comme l'œil gauche, affecté d'un haut degré de myopie, était en outre très affaibli, la situation du malade devint des plus sérieuses; il

désira venir à Toulouse pour recevoir mes soins, vingt jours après le début des accidents. La paralysie faciale était complète du côté droit et la fente palpébrale ouverte et immobile.

Le centre de la cornée était le siège d'un abcès prêt à entraîner sa perforation. Un épanchement purulent occupait le tiers de la chambre antérieure. Cet œil distinguait à peine la lumière d'une forte lampe. Enfin, circonstance aggravante, la cornée, la conjonctive et les paupières elles-mêmes étaient entièrement insensibles. Nous avions donc affaire à une kératite lagophtalmique et neuro-paralytique à la fois.

L'état général du malade était d'ailleurs déplorable : son intelligence était très obtuse, il se tenait difficilement debout et avait chaque nuit de l'incontinence d'urine. Les réflexes rotuliens étaient très affaiblis. Il devait donc exister une lésion cérébrale assez étendue, en même temps que la moelle était déjà atteinte.

Il y avait une double indication à remplir sans retard : 1° donner un traitement spécifique intensif, ce qui fut fait par 6 grammes d'émulsion d'iodure de potassium par jour et deux frictions mercurielles à 4 grammes ; 2° pratiquer une réelle occlusion de l'œil par la suture des paupières et non par un pansement, dont l'effet en pareil cas ne peut être que nul ou dangereux, les paupières paralysées restant ouvertes et les objets de pansement venant exercer les plus dangereux frottements sur la cornée mise à nu.

La tarsorrhaphie interne se trouvait tout indiquée ; car c'est surtout la partie interne des paupières qui a besoin d'être soutenue en pareil cas, tant pour faciliter l'occlusion des paupières que pour éviter le larmolement résultant de l'éversion des points lacrymaux. Nous avions les deux paupières, à partir du point lacrymal jusqu'au point correspondant à la limite externe de la cornée, pour que celle-ci fût bien abritée tout entière, et nous plaçâmes quatre points de suture. Nous eûmes le soin de respecter les bulbes des cils, avivant seulement en arrière et superficiellement la partie du bord palpébral où s'ouvrent les glandes de Meibomius.

L'amélioration fut immédiate sans autre traitement qu'une injection d'eau boriquée tiède, deux fois par jour, poussée entre les paupières par la partie restée libre. Les fils furent enlevés le septième jour seulement en raison de la paralysie complète de l'orbiculaire. La suture était déjà solide.

Après vingt-quatre jours de soins, le malade rentra à Bordeaux en très bonne voie de guérison avec la recommandation de faire continuer le traitement général.

Au bout de six mois, l'anesthésie oculaire et la paralysie faciale étant dissipées, j'ai consenti à libérer la plus grande partie de l'adhérence artificielle des paupières, laissant seulement par prudence une très petite bride tout à fait interne, qui ne défigure en rien le malade. Il reste ainsi à l'abri du larmolement qui se reproduirait à la moindre éversion du bord palpébral.

L'examen du malade permet de constater le rétablissement presque parfait de l'ouverture palpébrale, tant de face que de profil.

Il est facile de s'assurer que les cils très épais sont absolument intacts.

Il a naturellement persisté une certaine opacité de la moitié inférieure de la cornée, comme témoignage de la gravité de la lésion primitive. Cependant le malade peut lire de l'œil opéré les caractères d'un journal et il ne se sert guère que de cet œil, le gauche présentant déjà, avec une myopie élevée, une décoloration atrophique tabétique du nerf optique.

L'état général du malade est très amélioré, et bien que sa démarche présente un peu d'instabilité, son intelligence est redevenue parfaite ; il n'a plus d'incontinence et il vaque à ses affaires comme autrefois.

Observations avec autopsie.

OBSERVATION XVIII

Un cas dans lequel une volumineuse tumeur s'était développée dans la substance du trijumeau et de son ganglion.

(Dixon)

Jean H..., âgé de soixante-neuf ans, vint à l'Ophtalmic-Hospital (8 octobre 1844) avec des ulcérations de la paupière inférieure de l'aile gauche et de l'aile du nez.

Depuis son enfance, il a exercé le pénible métier de cordonnier et sa vue a dernièrement diminué de telle façon qu'il ne put voir assez pour travailler. Son aspect général était celui d'un sujet souffrant depuis

longtemps de douleurs continuelles. Les ulcérations avaient des bords durs, irréguliers, élevés, et étaient remarquablement sèches et privées de sécrétion à leur surface.

A sa première visite on lui ordonna de prendre de la liqueur arsenicale et sous l'influence de ce traitement, les ulcérations allèrent bientôt mieux.

Mon attention était maintenant dirigée du côté de l'état de la cinquième paire nerveuse, à cause de l'insensibilité à la douleur que l'ulcération avait présentée. Je trouvai une anesthésie totale de la prunelle gauche, de la membrane de Schneider de la narine, de la peau du front jusqu'en haut du vertex et de la moitié gauche de la face excepté l'oreille et la peau recouvrant le muscle masséter, où se ramifient des branches du plexus cervical. Le malade me dit avoir beaucoup souffert environ six ou sept mois auparavant, de névralgies dentaires pour lesquelles il avait fait arracher la dent canine gauche.

Environ une quinzaine après, il remarqua en s'éveillant un matin que le côté gauche de la face était engourdi et depuis ce moment il a continué à moins sentir.

Œil. — La cornée gauche peut être égratignée, ou la conjonctive pincée ou touchée avec du nitrate d'argent sans que soit ressentie la moindre sensation et sans produire d'injection des vaisseaux de cette région.

Langue. — Du sucre en poudre, placé sur le côté gauche de la langue près de la pointe, n'est goûté en aucune façon, mais vers la base de l'organe, du même côté, le goût était distinctement perçu. Dans toute la moitié droite de la langue, la sensibilité et le goût étaient tous deux parfaits.

Il était évident que cette affection avait intéressé la portion motrice de la cinquième paire, à cause de l'état relâché et flaccide des muscles temporal et masséter gauche, qui ne prennent pas part aux mouvements de mastication. Tous les muscles innervés par le facial étaient intacts.

Sauf une amélioration des ulcérations du nez et de la cornée, on observait peu de changement de l'état précédemment décrit du malade.

Le 20 décembre, il revint alors à l'hôpital avec l'œil gauche très enflammé. La sensibilité de la face est un peu revenue et le malade peut dire sans regarder, la partie de la peau qui est touchée avec une plume. Il dit que le sens du goût est revenu dans la moitié gauche de la langue. L'état de l'œil était le suivant : La conjonctive violemment et uniformément rouge. La sclérotique également injectée spécialement autour de la cornée. La cornée elle-même était un peu terne. Près de sa partie inférieure il semblait que l'épithélium avait été éraflé, mais cette apparence était probablement le résultat d'une vésication de l'épithélium cornéen, car on pouvait voir la membrane de la partie supérieure de la cornée, soulevée par une bulle transparente. L'iris était terne, de couleur légèrement verdâtre et non influencé par la lumière. Le malade sentait mais très peu de douleur ; il disait ressentir de temps en temps une sensation irritante dans le globe oculaire, sensation bientôt passée et se renouvelant. La surface de l'œil qui auparavant était absolument insensible, avait si bien recouvré sa sensibilité, que le moindre attouchement de la conjonctive oculaire ou palpébrale était immédiatement senti. La vue était un peu plus mauvaise depuis l'apparition de l'inflammation. La main placée entre la lumière et l'œil put seulement être distinguée comme une ombre mouvante.

On prescrivit des ventouses à la tempe gauche et un grain de calomel trois fois par jour. Le mercure ayant produit des ulcérations de la bouche on cessa son emploi sans que le malade ait pu en bénéficier. L'usage de la quinine fut repris plus tard.

14 janvier 1845. — Le malade se plaint que récemment il ressentit subitement des douleurs aiguës qui coururent le long des branches du nerf dentaire inférieur jusqu'au trou mentonnier, le long du trajet du sous-orbitaire et furent surtout vives à l'aile gauche du nez, à l'endroit où le naso-lobaire envoie un rameau derrière l'os nasal.

L'injection de la conjonctive autour de la cornée persiste ; la cornée elle-même est tout à fait dépouillée de son épithélium et a un aspect sec et terne. L'iris reste privé de mouvement, et d'une teinte vert sale ; la pupille est contractée et obscurcie par de la lymphe. La surface entière du globe oculaire est plus sèche que celle de l'œil droit ; et la sécrétion de la glande lacrymale semble avoir été totalement supprimée dès le commencement de l'affection.

21 janvier. — Les douleurs nerveuses avaient cessé et la sensibilité est en partie revenue dans la peau de la lèvre supérieure et de la lèvre inférieure ainsi que dans l'aile du nez, parties dans lesquelles il pouvait toujours sentir le contact d'un stylet ; mais la joue, la paupière et le front étaient aussi insensibles qu'auparavant. L'œil est, si possible, plus sec qu'avant, et la cornée encore plus terne, mais la rougeur autour de son bord a diminué.

24 janvier. — L'injection de la conjonctive et de la sclérotique a encore diminué ; mais le changement le plus marqué est du côté de la cornée qui a presque complètement recouvré sa transparence. La prunelle est encore tout à fait insensible. Il a bien éprouvé des récidives de névralgie depuis les dernières observations mais à un moindre degré. Le traitement a consisté essentiellement en purgation active, avec frictions d'onguent mercuriel opiacé sur la moitié gauche du front.

17 février. — Le malade ne put venir à l'hôpital la semaine dernière, mais il est revenu ce matin plus mal qu'avant.

Il est tourmenté par la névralgie, et l'œil est dans l'état suivant : un cercle foncé entoure le bord de la cornée qui est si opaque surtout au milieu que l'on ne peut distinguer la pupille.

L'opacité n'est pas interstitielle, mais semble être causée par la lymphe sur la face postérieure de la cornée. La portion inférieure de la chambre antérieure est ainsi remplie de lymphe floconneuse dans laquelle sont prolongés des vaisseaux rouges. A cette période intéressante de l'affection, je perdis de vue le malade et il n'est pas revenu depuis à l'hôpital.

Depuis que j'ai écrit ce qui précède, j'ai revu de nouveau le malade (août 1845). Toute perception lumineuse est abolie dans l'œil gauche ; la pupille reste close par la lymphe. La cornée, chose étrange, a recouvré sa transparence. Le globe oculaire ainsi que les autres régions innervées par la cinquième paire, est tout à fait insensible. Il y a de la paralysie du droit externe et du releveur de la paupière, et à un moindre degré des muscles innervés par le facial. Le malade est tout à fait insensible du côté gauche. Il a de fréquentes attaques de vertiges et de pertes de la mémoire. La douleur ne suit plus le trajet de la cinquième paire, mais est reportée à l'intérieur du crâne.

Il mourut le 8 février 1846. Je suis reconnaissant à M. Warder, de Brômpton, d'avoir fait à temps l'examen *post mortem*. Dès qu'on eût enlevé le cuir chevelu, on put remarquer une différence frappante entre les deux muscles temporaux. Tandis que celui du côté droit avait son apparence normale, celui du côté gauche était si altéré qu'on le reconnaissait à peine. Les fibres pâles à peine plus développées que celles de la vessie saine, étaient interposées comme en une mince couche entre le fascia temporalis et l'os.

Quand on eut enlevé les lobes antérieurs du cerveau, on vit les nerfs olfactifs absolument sains dans leur volume et leur aspect général (pendant la vie, l'odorat avait fait complètement défaut dans la narine gauche).

A la vérité les nerfs et le cerveau du côté droit étaient sains. A gauche du pont de varole était une masse arrondie du volume d'une grosse noix qui s'avancait sur la ligne médiane et avait repoussé le corps pituitaire du côté droit. Sous la surface inférieure de cette tumeur, courait le nerf de la cinquième paire. On voyait une autre tumeur s'étendant du bord supérieur de la portion fibreuse du temporal au foramen lacerum orbitale, et recouverte par la dure-mère, qu'elle avait soulevée sur la fosse moyenne du crâne. Quand ce couverte fibreux a été enlevé, on trouva que les deux tumeurs étaient continues et formaient une seule masse étranglée par la dure-mère. La partie frontale de la production morbide s'étendait jusqu'au trou déchiré mais n'entrait pas dans l'orbite ; extérieurement elle s'étendait à environ $\frac{3}{4}$ de pouce au delà du trou ovale de l'os sphénoïde ; intérieurement, elle avait empli entièrement la selle turque et était cause que la moitié de celle-ci était absorbée ; mais elle n'avait pas rencontré les nerfs optiques qui étaient normaux à leur entrée dans les trous optiques. La troisième paire et le sinus caverneux étaient rejetés sur la ligne médiane.

La tumeur était attirée loin du trou déchiré orbitaire et tournée en arrière en passant à travers les trois divisions du trijumeau qui, de cette façon, émergeaient d'elle. La tumeur avait creusé hors d'elle-même dans la concavité de la grande aile du sphénoïde, plusieurs fosses arrondies qui faisaient saillie à travers la dure-mère. La structure osseuse était ainsi dépouillée seulement au niveau de la

pointe de la portion fibreuse du temporal où le toit du canal carotidien avait été absorbé. La carotide interne était ainsi en contact avec la surface inférieure de la tumeur, et était logée dans un sillon de sa substance. Une mince expansion de la tumeur avait également pénétré à travers une brèche osseuse dans l'intérieur de l'oreille interne et ainsi s'étaient produites la surdité et la paralysie du facial ; bien que le facial et le nerf auditif ne fussent pas altérés à leur entrée dans le trou auditif interne. Quand le cerveau eut été complètement enlevé du crâne, on vit le nerf de la sixième paire courant le long de la face inférieure de la tumeur.

Le glosso-pharyngien, le vague, le spinal accessoire et le lingual étaient sains.

Un examen exact de la production morbide la fit reconnaître comme étant une dégénérescence du tronc de la cinquième paire et du ganglion de Gasser.

La limite propre entre ces formations était marquée par une partie de la dure-mère qui est une dilatation de la gaine dans laquelle est contenue le trijumeau avant qu'il ne s'étale dans le ganglion. La tumeur n'était attachée à l'encéphale qu'à la jonction du pont de varole et de la croix du cervelet, et cette union était si faible qu'elle céda au premier effort. La tumeur reposait dans une cavité, formée dans l'expansion de la moitié gauche du pont ; et l'artère basilaire présentait en conséquence une incurvation considérable vers le côté droit. Quelques fins vaisseaux venaient de la pie-mère, du pont de varole, de la croix du cervelet et du lobe moyen du cerveau et se perdaient dans la tumeur. Une coupe pratiquée dans cette tumeur, montrait une masse rougeâtre, molle, mais non pulpeuse avec des portions plus fermes par endroits et de couleur jaunâtre.

Différentes parties de la tumeur, mises sous le microscope, présentèrent une structure uniforme, particulièrement, une masse de cellules (ovales quand elles étaient isolées, allongées quand on les voyait agglomérées), mélangée de tissu cellulaire et de vaisseaux sanguins.

On ne put trouver de traces de tubes nerveux ou de corpuscules ganglionnaires, mais dans un morceau de la troisième branche du trijumeau qui était coupé dans ce trou ovale, on voyait distinctement des tubes nerveux mélangés aux cellules de la tumeur.

On ne notait rien d'anormal dans les nerfs moteurs, dans les muscles ou dans le reste des organes contenus dans l'orbite. Le ganglion ophtalmique était petit mais pas plus que nous l'avons souvent trouvé chez des sujets sains, et, sous le microscope, il présentait distinctement des corpuscules ganglionnaires. Les nerfs ciliaires ne présentaient aucun changement apparent et les veines qui les accompagnaient étaient exceptionnellement fines et vides de sang. Le globe oculaire était aussi gros que celui du côté droit. La sclérotique avait son épaisseur naturelle ; la choroïde était d'un brun rouge sans trace de pigment noir, sauf un peu aux environs des procès ciliaires. L'humeur vitrée était parfaitement claire et incolore ; le cristallin d'un jaune pâle, opaque au centre mais très transparent à la circonférence. L'iris adhérait au milieu du cristallin et avait l'apparence homogène, non fibreuse, qui suit l'iritis. La surface postérieure était très noire avec du pigment. La cornée, près de sa partie inférieure, présentait de légères traces de ses opacités antérieures.

Il serait absurde de tirer de ce cas des conclusions générales sur le rôle des différents nerfs dans la nutrition de l'œil ; mais je veux faire observer qu'ici il n'y avait pas d'atrophie du globe alors que le ganglion de Gasser et tout le tronc du trijumeau, entre l'œil et le cerveau étaient remplacés par une tumeur adventice.

Quelques-uns m'objecteront peut-être que l'action que l'affection du trijumeau exerce sur l'inflammation de l'œil était rendue moins appréciable chez ce malade, en raison de la pression exercée par la tumeur sur le sinus caverneux qui peut être considéré comme suffisant à produire les différents phénomènes de l'inflammation en empêchant le retour du sang hors de l'œil.

Pour répondre à cette objection, je puis rappeler le cas d'un homme qui mourut il y a quelques jours à l'hôpital Saint-Thomas dans le service du docteur Burton. Une destruction complète de la fonction du trijumeau a été suivie d'une inflammation ulcéralive de la cornée, tout à fait comparable à celle que je viens de décrire.

Un noyau dur de matière jaunâtre ayant environ le volume d'un gros pois était trouvé dans la substance du trijumeau, renfermé dans son origine hors du pont de varole, mais le sinus et tous les nerfs voisins étaient entièrement libres de toute affection.

Les autres symptômes observés pendant la vie étaient parfaitement expliqués par l'examen post mortem. Il y avait eu une amaurose totale avec immobilité de l'œil gauche et en examinant le troisième nerf de ce côté, on trouva dans son épaisseur un noyau jaune et de consistance molle semblable à celui de la cinquième paire. La tumeur avait comprimé le nerf optique juste vers la commissure. La quatrième paire était également comprimée ; et la sixième diminuée de moitié de son épaisseur naturelle était également adhérente à une autre masse jaune, qui était située sur le tronc basilaire, juste en avant de la jonction des deux vertébrales.

On ne peut percevoir aucune différence dans la texture intime des deux yeux. Dans chacune, la choroïde était d'un brun rouge avec un peu de pigment noir aux environs des procès ciliaires, la cornée restait saine et le corps vitré était parfaitement clair et incolore. Le cristallin gauche était transparent et de couleur jaune pâle ; celui du côté droit avait la même couleur, mais était moins foncé. Le tiers inférieur de la cornée droite présentait une épaisse cicatrice blanche à laquelle adhérait le bord inférieur de la pupille. Il y avait pourtant à gauche une ouverture suffisante pour l'exercice de la vision ; et comme le nerf optique était intact, le malade aurait été jusqu'au dernier moment capable de distinguer les gros objets.

OBSERVATION XIX

Loudet (Recherches cliniques pour servir à l'histoire des lésions viscérales de la syphilis, in *Moniteur des sciences médicales et pharmaceutiques*, 1860, nos 149 et 150, p. 1189 et 1193). Th. de Labarrière, Paris 1878, p. 76.

T... Héloïse, âgée de 32 ans, trameuse, entra le 28 avril 1856 à l'Hôtel-Dieu de Rouen, salle XIX, lit n° 30, dans ma division. D'une bonne santé dans sa jeunesse, prétend n'avoir jamais eu d'accidents syphilitiques primitifs ou secondaires, ni de maladies de la peau. Il y a quatre ans, elle raconte que plusieurs semaines après avoir eu le nez heurté par le bord de l'épaulette d'un soldat, elle aurait été atteinte d'un gonflement de cet organe, suivi d'un écoulement de matières jaunâtres non fétides par les narines. Quelque temps après cet acci-

dent, les os propres du nez se seraient graduellement affaîssés à leur racine et auraient déterminé l'altération de forme qui existe encore actuellement.

T... a eu quatre accouchements dont deux gémellaires, ce dernier, il y a quatre mois et demi. Au sixième mois de cette dernière gestation, début brusque d'une perte de la vue, à gauche sans paralysie des muscles de la face ou des membres. A la suite de cet accident, T... demeura souffrante, éprouvant des maux de tête et n'a pu depuis lors se livrer à aucun travail suivi. Le 28 mai 1856, T... est amenée à l'Hôtel-Dieu ; elle avait une perte de connaissance presque complète, ou du moins l'intelligence semblait abolie ; elle ne proférait qu'un seul mot, celui de « madame », qui servait de réponse à toutes les questions adressées ; peu de mouvements involontaires. Occlusion des paupières du côté gauche ; petit épanchement plastique, blanchâtre, dans l'épaisseur de la cornée, de ce côté, sans ulcération de sa surface, dans une étendue grande comme un pois, en bas et à gauche de l'ouverture pupillaire. Pouls à 110 ; peu de chaleur de la peau, aucune paralysie motrice des membres supérieurs ou inférieurs (Limonade sucrée, lavement purgatif, sinapismes aux membres inférieurs).

Dans la soirée du 28, la malade recouvre sa connaissance, et le 29, elle était assez bonne pour me permettre de recueillir les renseignements consignés plus haut et dont j'ai reconnu plus tard l'exactitude.

Le jour T... était dans l'état suivant : blépharoptose gauche, occlusion des paupières normales, strabisme externe gauche, paralysie du muscle droit interne, et incomplète du droit supérieur ; dilatation et immobilité de la muqueuse olfactive et oculaire gauche ; anesthésie cutanée du front, de la joue, des lèvres supérieure et inférieure gauches, même anesthésie complète de la moitié gauche de la langue. Perte du goût de ce côté ; perte de la vision incomplète à gauche. La malade reconnaît vaguement les objets qu'on lui présente. Aucune douleur ou saillie sur aucun des points de la calotte crânienne ou sur la surface des os longs accessibles au toucher. A la fin de sa dernière grossesse, T... éprouva une soif vive qui la forçait à boire jusqu'à 8 ou 10 litres de liquide par jour. Cette soif a toujours continué, et dure encore actuellement. L'urine examinée le jour suivant par la liqueur de Barreswill et par la potasse, contenait du glucose ; elle

réduisait d'une manière marquée le tartrate cupro-potassique et tournait au brun la solution de potasse caustique (Limonade, 7 sangsues à la tempe gauche. Calomel 0,60 et résine de Jalap, 0,30, bouillon).

1^{er} juin. — L'anesthésie cutanée a un peu diminué sur la joue gauche ; la perte de sensibilité demeure la même sur la muqueuse, même trouble de la vue à gauche et aucun changement dans le dépôt plastique de la cornée. Le glucose existe toujours dans l'urine (Limonade. Une cuillerée à bouche de la solution suivante : eau 520 gr. ; iodure de potassium 8 gr.)

Dans le courant de juin, l'état général de la malade devient plus satisfaisant ; l'anesthésie de la peau de la face fait place d'abord à de l'analgésie, puis la malade semble recouvrer la sensibilité absolue de cette région, comme celle des muqueuses nasale et oculaire ; la muqueuse linguale reste seule anesthésique.

Même blépharoptose, strabisme externe à gauche ; le départ plastique de la cornée est le siège d'une petite ulcération en coup d'ongle. La soif a disparu et le glucose, après avoir diminué lentement dans l'urine, ne s'y retrouve plus le 20 juin. T... quitte l'Hôtel-Dieu le 23 juin 1854.

Pendant son séjour en ville, la faculté visuelle de l'œil gauche va graduellement en décroissant ; dans la nuit du 12 au 13 juillet 1856, de vives douleurs se manifestent dans l'œil gauche et le 14 juillet, T... entre pour la deuxième fois dans mon service. Je constate alors un chémosis conjonctival et une opacité avec ramollissement de la cornée gauche, principalement en bas, douleur dans la tempe et la moitié gauche du front sans aucune saillie osseuse visible, pas d'anesthésie de cette région : sensation d'engourdissement dans la peau de la joue gauche qui est un peu anesthésique ; moitié gauche de la langue complètement dépourvue de sensibilité (six sangsues à la tempe gauche. Collyre avec eau 30 grammes et azotate d'argent 0 gr.15.

Pédiluve sinapisé. J'ajoute au bout de quelques jours une petite quantité d'iodure de potassium.

Le 19 juillet. — Dans la journée l'œil se perfore. A partir de ce moment, l'engourdissement et l'anesthésie gauches de la face diminuent, la gencive supérieure gauche et la moitié correspondante de la face sont toujours anesthésiques.

Le 19 août 1854. — Sortie de l'hôpital. A la fin de septembre 1856, je revis T..., elle présentait les mêmes troubles de la sensibilité cutanée et des muqueuses, mais ne souffrait plus de l'œil qui était atrophié.

Le 27 décembre 1856. — T... rentre pour la troisième fois à l'Hôtel-Dieu dans ma division ; son état général aurait été satisfaisant jusqu'à il y a trois semaines. A son entrée, l'intelligence de T... était très obscure ; elle se rendait incomplètement compte de son état : la malade prétend ne pouvoir distinguer de l'œil droit le jour de la nuit ; atrophie oculaire gauche ; je constate les mêmes troubles de la sensibilité de la peau, de la face et de la muqueuse linguale et buccale à gauche, que lors du dernier séjour.

Une cuillerée à bouche matin et soir de la solution suivante : eau 120 grammes, iodure de potassium 10 grammes ; 0,60 de calomel et 0,30 de résine de jalap (frictions mercurielles dans les aines).

Le 30 décembre, état comateux complet, la malade ne répond à aucune question.

Le 1^{er} janvier 1857, retour de la connaissance ; T... reconnaît les personnes qui entourent son lit, elle assure voir un peu de l'œil droit ; un peu de stomatite hydrargyrique. Pas d'exagération de la soif, absence de sucre et d'albumine dans l'urine. L'amélioration de l'état général est chaque jour plus prononcée ; la vision est toujours imparfaite à droite. Le 13 janvier, douleur dans l'œil droit, gonflement des paupières de ce côté, injection de la conjonctive, quelques petits dépôts de lymphé plastique existent dans le segment inférieur de la cornée droite ; connaissance parfaite. Les jours suivants, cet épanchement de lymphé plastique diminue aussi, mais la vision devient imparfaite ; T... peut cependant marcher seule. Elle quitte l'Hôtel-Dieu, le 24 janvier 1857.

T... vint me revoir le 3 février 1857 ; elle se trouvait bien, mais se plaignait d'un peu de faiblesse de la vue à droite. Le globe oculaire ne présentait aucune lésion.

Quatrième admission de T... à l'Hôtel-Dieu le 11 septembre 1860. Je ne pus savoir quel avait été l'état de la santé de la malade dans les trois années antérieures. Au moment de son admission à l'Hôtel-Dieu, adynamie extrême, intelligence obtuse, vision très imparfaite à droite, insensibilité de tout le côté droit de la face, même anesthésie de la

muqueuse buccale et linguale à gauche, sensibilité incomplète de la joue gauche. Langue déviée, pointe tirée à gauche ; aucune paralysie des membres supérieurs ou inférieurs ; anorexie, quelques vomissements, soif vive depuis quelques temps ; boit jusqu'à quatre ou cinq litres de liquide dans les 24 heures. L'urine présente à peine une densité supérieure à l'eau potable ordinaire ; aucune trace de glucose par la liqueur de Barreswill ou par la potasse. Diarrhée huit à douze selles par jour sans coliques.

Malité marquée avec expiration bronchique au sommet du poumon gauche ; mêmes phénomènes moins prononcés au sommet du poumon droit (tisane vineuse ; diascordium 2 grammes ; vin de quinquina). La soif diminue les jours suivants, ainsi que la diarrhée, mais l'adynamie persiste. Le 15 octobre, la malade, qui va chaque jour s'affaiblissant, accuse un trouble plus marqué de la vision à droite sans aucune douleur. Je trouve dans le segment inférieur de la cornée de ce côté, une ulcération légère sans aucune rougeur.

Mort le 16 octobre 1860. — Autopsie le 17 octobre.

Téguments du crâne sains, anémie, altération des méninges à la convexité. A la base, la pie-mère et l'arachnoïde viscérale s'enlèvent difficilement, adhérent à la pulpe cérébrale et sont d'un blanc opaque, surtout au niveau du chiasma des nerfs optiques. Dans le quatrième ventricule, les plexus choroïdes adhèrent intimement au bord gauche du calamus scriptorius ; dans ce point, la substance cérébrale paraît comme érodée, est irrégulière, légèrement ramollie dans sa couche superficielle, surtout au niveau du nerf acoustique gauche. Intégrité parfaite des deux nerfs olfactifs ; au niveau de la moitié latérale gauche du chiasma des nerfs optiques, existe une masse du diamètre d'un centime, légèrement rosée, plastique, du volume de la moitié d'une lentille, adhérente aux méninges avec lesquelles elle fait corps et moins adhérente à la substance du nerf. Le nerf optique gauche, aussi bien en avant qu'en arrière du chiasma est réduit au moins à la moitié de son volume normal, et présente une teinte grisâtre au lieu de la coloration blanche mate du côté opposé ; il est diminué de consistance dans toute son étendue, jusqu'aux corps genouillés et paraît réduit à son névrilemme. Le nerf trijumeau gauche est diminué également de volume, surtout dans sa branche ophthalmique. Le ganglion de

Gasser gauche est blanc, au lieu d'être un peu grisâtre ; au-dessous de lui, dans la petite cavité osseuse sur laquelle il repose sur le rocher, existe une petite crête osseuse éburnée qui le comprime ; l'os aux environs de cette petite exostose n'offre aucune altération de couleur ou de consistance. La grosse racine du trijumeau gauche, au niveau de la protubérance annulaire est moitié moins volumineuse que celle du côté opposé. Aucune altération de la substance cérébrale dans la protubérance, ou dans le bulbe rachidien, excepté dans l'endroit indiqué plus haut, au bord gauche du calamus scriptorius. Adhérence normale des méninges à la base droite du cerveau ; les nerfs craniens de ce côté paraissent avoir leur volume normal. Dans l'insula de Reil à gauche existe à peu de distance de la surface un petit point criblé, sans ramollissement, qui ne se trouve pas à droite. Aucune altération du reste de la substance cérébrale ou du cervelet.

Le reste de l'autopsie n'offrait rien de remarquable sauf cependant les altérations suivantes au niveau du foie.

Aucune pseudo-membrane récente à la surface du foie qui présente à la partie inférieure et presque médiane de sa face supérieure, à peu de distance du ligament suspenseur, des dépressions allongées comme cicatricielles, brunâtres au fond, circonscrivant de petits lobules. Ces dépressions correspondent à des tractus fibreux durs, blanchâtres qui suivent la direction des vaisseaux et compriment les canaux biliaires qui dans certains points contiennent de la matière calculeuse molle.

OBSERVATION XX

Deux cas de syphilis cérébrale

C. Westphall. (Uber zwei Falle von syphilis des Gehirns).

S... agent de police, âgé de 33 ans, traité depuis un an par un médecin, a souffert depuis longtemps de périostite syphilitique des os craniens. Celle-ci disparut après un traitement ioduré. Au mois d'avril de 1861 il commença à se plaindre de maux de tête, de plus en plus violents mais non accompagnés de signes extérieurs.

Peu à peu apparut une dilatation de la pupille droite de même

qu'une proéminence de l'œil droit avec strabisme externe et ptosis de la paupière supérieure. A cela se sont jointes des crampes accompagnées de syncopes et précédées d'une sensation olfactive. Le malade pensait sentir de l'ammoniac mais cette sensation lui était particulièrement odieuse. Son sensorium se troubla lentement, il ne pouvait plus trouver des mots nécessaires, son langage devint bégayant, incertain. La mémoire disparut petit à petit, il devint maussade, souvent désespéré et ne prononçant que des réponses brèves et incohérentes. Pendant quelque temps un état d'excitation paraît avoir existé chez lui, car il est parti une fois pour Stettin pour aller chercher une prétendue fiancée. Dans les derniers temps sa démarche devint vacillante ; des pertes d'urine involontaires se sont installées.

Cinq semaines avant d'être reçu à la Charité de Berlin il a eu la dernière attaque de crampes et est tombé depuis dans un état de stupidité prononcé. Maintenant il ne sait pas que son père est mort il y a longtemps, il ne sait où il se trouve, etc. Il y a six mois, il fut soumis pendant quelque temps au traitement iodé, on avait noté quelques améliorations. Dans les derniers temps l'iodure prescrit plusieurs fois a été inefficace, le traitement mercuriel fut suspendu après un essai, car il provoqua des symptômes nerveux intenses.

Le jour où il fut reçu au département des aliénés à l'hôpital de la Charité il présentait le tableau d'un aliéné au haut degré. L'expression de la face était impassible, la démarche et tous les mouvements extraordinairement incertains, surtout du côté gauche. La parole lente, bégayante et nasonnée, ptosis de la paupière supérieure droite, recouvrant le globe oculaire à deux tiers ; le globe lui-même immobile, dévié en dehors et en bas, plus saillant que l'œil gauche, la pupille dilatée au maximum (beaucoup plus qu'ordinairement dans le cas de paralysie d'oculo-moteur), de sorte qu'il ne reste qu'un petit bout de l'iris ; la réaction de la pupille droite à la lumière était faible, celle de la gauche ayant les dimensions moyennes normales. La mémoire et les autres facultés mentales presque éteintes. Appétit et digestion d'abord normaux ; plus tard, à mesure que la paralysie augmente, ces fonctions sont aussi troublées et les vomissements deviennent assez fréquents.

Le 11 avril, l'œil droit fut soumis à l'examen ophtalmoscopique.

Rien d'anormal. Le lendemain matin la pupille droite encore la veille très dilatée apparaît fort rétrécie (à peu près comme la tête d'épingle). la mise à l'ombre de l'œil ne la dilata pas ; en même temps la conjonctive de l'œil et de la paupière droite est fort rougie. A gauche pas de modification. La rougeur de la muqueuse augmentait constamment dans cette journée et elle se transforma en un gonflement œdématisé. Les sangsues artificielles ni les compresses froides n'ont pas pu l'enrayer. Il n'y avait pas de signe d'iritis. La pupille se dilata un peu dans les deux jours qui suivirent l'examen ophtalmoscopique, mais elle n'atteignit pas le diamètre normal de la pupille gauche. Après cela on a instillé (en supposant une affection du trijumeau) de l'atropine qui a provoqué une mydriase ordinaire.

Le 17 avril l'état du malade est le suivant : Le malade est couché sur le dos, la tête tournée un peu à droite. Amaigrissement et parésie de tous les muscles, impassibilité complète de la face ; le regard est vide, le langage difficile, monotone, sans aucune modulation, souvent bégayant. La paupière droite supérieure pend indolente et recouvre l'œil toujours immobile et dévié dans le sens indiqué, plus qu'à la moitié. La conjonctive palpébrale de la paupière inférieure droite est fortement injectée et ecchymotique. Elle forme un bourrelet œdématisé ; en outre elle présente une sécrétion abondante qui s'épaissit en croûtes jaunes et colle l'œil. Le bord inférieur de la cornée est recouvert d'un enduit mince, sale, blanchâtre qui ne se laisse pas enlever totalement, surtout aux endroits les plus profonds. La cornée apparaît sèche et mate dans sa moitié inférieure, claire et transparente dans la moitié supérieure ; elle est de même que toute la conjonctive tout à fait insensible quand on la touche avec une tête d'épingle. Les milieux de l'œil ne sont pas troublés, pupille mydriastique à cause de l'atropine.

Les sensations subjectives semblent manquer ; la face est pâle, le sillon naso-labial gauche est tout à fait effacé, le coin de la bouche un peu plus abaissé à gauche qu'à droite, les muscles de la moitié gauche de la face sont immobiles. La piqure avec l'aiguille provoque des contractions seulement à droite ; l'œil gauche n'est couvert qu'en partie de la paupière supérieure. Langue et luette déviées un peu à gauche. La main gauche serre la main moins fortement que la droi-

te ; quant aux muscles masticateurs et aux jambes on ne peut dire rien de précis, le malade étant couché et à peine mastiquant.

Vu l'état complet de la stupidité du malade on ne pouvait avoir de lui aucun renseignement sur sa sensibilité ; seulement ses mouvements permettaient de supposer qu'il avait senti quelque chose. J'ai pu considérer comme presque sûr : Insensibilité complète à la douleur de la peau de la moitié droite du front jusqu'au bord de l'os pariétal et à la partie squameuse de l'os temporal, de même que des deux paupières droites ; j'y faisais des piqûres profondes — le malade ayant les yeux fermés — sans provoquer aucun mouvement. Mais déjà à partir de la moitié droite du nez et de la région située au-dessous de la paupière inférieure la peau était sensible. A gauche la sensibilité à la douleur était conservée partout, car elle provoquait comme j'ai déjà dit des contractions des muscles de la face droite.

La respiration du malade fut parfois ronflante. La langue recouverte d'un enduit brun, les gencives rouge foncé, *factor ex ore* horrible. Battements cardiaques accélérés, pouls modéré, rien d'anormal au poulmon. Déglutition des corps solides très difficile, souvent vomissements et toux, défécation irrégulière, urine neutre, pas d'albumine ni de sucre.

L'œil malade fermé avec un emplâtre anglais, la sécrétion de la muqueuse continuait, un traitement plus actif était impossible vu l'état du malade. Le gonflement de la conjonctive diminua un peu, cependant une forte injection même des vaisseaux plus profonds persista. La nécrose superficielle et l'opacité cornéenne s'étendit sur le tiers inférieur de la cornée non recouvert par la paupière supérieure. Tel resta l'état du malade, comme sa démence devint enfin telle que les morceaux des aliments restaient pendant des heures dans sa bouche, il fut nourri avec une sonde. Quelques semaines avant la mort, une eschare dorsale apparut ; le malade mourut le 6 mai 1862, six semaines après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — A la base du cerveau, la pie-mère autour du chiasma est modérément épaissie, on note également un fort épaississement des deux feuilletts de la pie-mère du lobe occipital gauche et du cervelet ; en dehors de cet épaississement, au bout du tractus optique gauche se voit un dépôt, verdâtre à la coupe, en partie pénétrant

dans le tractus, en partie le masquant. A droite la pie-mère présente les mêmes particularités ; une nodosité gommeuse irrégulière s'étend de là dans la partie correspondante du lobe inférieur ; plus loin s'y joint une masse gommeuse du volume d'un noyau de cerise. Dans cette masse est logé le trijumeau droit dans toute sa longueur. Enfin apparaît l'oculo-moteur droit transformé tout à fait en un corps dur, irrégulier, d'une coloration rougeâtre dans sa portion antérieure ; dans son parcours dans le sinus caverneux il a encore une consistance très faible, et une coloration légèrement jaunâtre.

Autour du trijumeau la masse gommeuse verdâtre se continue jusqu'au ganglion de Gasser, sans que ce ganglion soit modifié. Nodosités gommeuses comme une tête d'épingle vers la partie moyenne de l'olfactif droit.

Pour le reste : périostite cranienne. Nodosités gommeuses à la surface du cerveau, quelques foyers de ramollissement.

OBSERVATION XXI

Wagner, 1863.

Nature du proc. cér. :

La dure-mère épaissie à la base, cet épaississement englobe les nerfs optiques, oculo-moteurs et trijumeau et atteint la pie-mère. Parésie du corps à droite, puis à gauche.

Troubles fonctionnels dans le domaine du trijumeau.

D'abord hyperesthésie, puis anesthésie de la moitié droite du visage et kératite neuro-paralytique droite (?). Ecoulement des larmes de l'œil droit, ensuite cécité.

Anatomie pathologique.

Le trijumeau droit plus étroit et plus mou qu'à l'état normal est comprimé, de même que les autres nerfs cérébraux du côté droit, par la néoformation basale à droite de la selle turcique.

OBSERVATION XXII

A case of paralysis of the third fifth, sixth, and seventh cranial nerves.

(Un cas de paralysie de la 3^e, 5^e, 6^e et 7^e paire de nerfs crâniens).

(De la clinique du docteur Ramskill, hôpital de Londres).

Robert S..., âgé de vingt-sept ans, chauffeur, d'un aspect anémique, admis à l'hôpital le 11 février. Sa face est tirée vers la droite, la langue déviée à gauche. La conjonctive de l'œil gauche est rouge et granuleuse et l'angle externe de la cornée ulcéré; la conjonctive peut être touchée et même grattée sans que le malade le sente. La pupille très contractée. Un peu de ptose de la paupière gauche. Sensibilité du côté gauche amoindrie, surtout au-dessous de l'angle de la bouche.

Strabisme interne de l'œil gauche. Surdité complète du côté gauche. Les aliments s'accumulent du côté gauche de la bouche. Pas de difficulté de la parole ni de la déglutition. Goût imparfait du côté gauche de la langue.

Il y a six ans, le malade a eu un chancre suivi d'un bubon suppuré. Jamais d'éruption ni de plaques muqueuses.

Il se portait bien jusqu'à il y a quatre mois, quand il ressentit une douleur lancinante dans l'œil gauche et dans la tempe et dans l'espace de deux mois il a perdu l'usage du côté gauche de sa face et l'ouïe à gauche. Il l'a recouvré de nouveau, percevant ce pendant qu'il ne pouvait pas fermer l'œil. Iodure de potassium prescrit d'abord à la dose de dix grains trois fois par jour, augmenté une semaine après (le 19 février) à la dose de quinze grains. pris pendant une autre huitaine de jours.

Jusqu'au 28 mars, pas d'amélioration. On peut craindre l'augmentation de l'ulcération cornéenne et la fonte du globe oculaire.

Vers la fin du mois d'avril, la pupille optique droite du malade fut trouvée gonflée; veines larges et irrégulières et en partie obscurcies; la pupille surélevée, blanc rougeâtre, large et lisse au fond; artères larges et faciles à tracer. Disque gauche moins pris, veines larges. L'état du malade empire de plus en plus; émission involontaire de l'urine.

Quelques jours avant la mort, grande difficulté de remuer le bras et la jambe gauche.

Mort le 7 juin.

Autopsie. — Cas nettement syphilitique.

A la pie-mère du cerveau et surtout dans la fossette de Sylvius des nodosités jaunâtres. Dépôt gommeux à l'origine du nerf abducteur. Ramollissements des deux corps striés. Les artères sont atteintes, méningite basale. Le ganglion de Gasser gauche a l'air malade ; il repose dans une masse gommeuse.

OBSERVATION XXIII

H. Power. Four cases of double optic neuritis. (quatre cas de névrite optique double).

Paral. de la 5^e et autres paires des nerfs. Destruction lentement progressive des deux yeux, commençant par l'ulcération de la cornée. Mort. Autopsie montrant des nombreuses tumeurs de nature évidemment syphilitique, éparses dans la substance cérébrale.

J. L..., artisan, anémique, maigre, pauvrement nourri. Admis à l'hôpital le 19 août 1872.

Il jouissait d'une bonne santé jusqu'aux deux derniers mois où, en travaillant, il se heurta fortement contre un outillage au front au-dessus du sourcil gauche. Un petit gonflement s'ensuivit, mais le malade continuait à travailler. Huit jours après, il ressentit un peu de rigidité dans la joue gauche. En même temps, il remarqua qu'il entendait moins bien de son oreille gauche. Trois semaines après, l'œil gauche devint injecté et congestionné; vint ensuite la sécrétion de larmes et de mucus. Le malade n'a jamais éprouvé une douleur dans cet œil, il ne perçoit avec lui que la lumière. Sa langue est déviée à gauche, il y éprouve un engourdissement et est gêné un peu en parlant. Ce symptôme a apparu après la surdité et avant l'affection de l'œil. Il se mord fréquemment la langue et la joue gauches. Les liquides s'écoulent de l'angle gauche. Les aliments séjournent entre la joue et la

gencive gauches. La joue gauche est plus froide que la droite, bien qu'elle soit, à ce qu'il dit, de temps en temps plus rouge et chaude.

L'orbiculaire gauche n'agit pas du tout ; il ne peut pas siffler. La face est tirée fortement vers la droite.

Il y a ptosis, paralysie de la troisième, quatrième et sixième paire. L'œil gauche peut être remué un peu en bas, les muscles droits externe et interne semblent agir faiblement. La conjonctive est congestionnée et légèrement ecchymotique ; la cornée est aplatie et un petit ulcère fondant se voit à l'angle inférieur. La pupille est fortement dilatée, l'iris est décoloré et tout le globe oculaire semble rétracté et amoindri. Il peut bien compter ses doigts, s'il les tient devant son œil gauche. La cornée a perdu sa sensibilité et peut être touchée sans aucun inconvénient. L'engourdissement de la face s'étend sur tout le front un peu au delà de la ligne médiane.

L'engourdissement de la langue paraît être au côté gauche de la pointe et un demi-pouce vers la base. La sensibilité de la surface intérieure des lèvres est aussi changée, la membrane muqueuse de la voûte palatine est plus ou moins insensible, celle du voile du palais est plus altérée. La membrane muqueuse du pharynx est sensible. La peau et la membrane muqueuse de la narine gauche sont engourdies, et le mucus paraît ne pas y être sécrété. La plume n'y provoque aucun chatouillement et en revient sèche. L'oreille, quoique sourde, est tout à fait sensible à la douleur ; il n'y a pas de cérumen dans le méat. La mémoire est affaiblie. La constipation a tourmenté le malade dans les dernières six semaines, parfois il n'allait pas à la selle pendant huit jours, l'appétit lui manquait aussi depuis ce temps.

A l'âge de dix-huit ans il a eu de la gonorrhée et un bubon dans chaque aine, ouvert pendant quelque temps, et ne guérissant pas pendant cinq ou six semaines. A peu près quatre ans plus tard, il a eu une éruption crustacée discrète au bras droit disparue sans laisser de traces après un traitement approprié (?).

Un an après, nouvelle gonorrhée, mais cette fois-ci sans bubon. Traité au Kings-College, pendant trois semaines. Il n'a pas de difficulté de miction, il se sert bien de ses jambes et de ses bras.

Les symptômes indiquaient nettement quelque maladie graduelle de la base du cerveau, affectant les seconde, troisième, quatrième,

cinquième et sixième paires du côté gauche. La nature précise de cette affection n'était pas très claire bien que les antécédents parlaient beaucoup pour la syphilis. Me basant sur cette supposition je l'ai mis à la mi diète avec quatre onces de vin. Une bonne purgation fut administrée. Fomentation belladonnée fut appliquée à la tempe et 1/16 de grain de perchlorure de mercure donné en décoction de quinquina trois fois par jour. Une pilule contenant de la belladone, de l'hyoscianine et de l'extrait de coloquinte fut prescrite pour toutes les nuits. Bandage sur l'œil gauche.

La pilule et la potion agirent bien. Le lendemain la cornée était moins nébuleuse et l'ulcération s'était séparée de la partie inférieure de la cornée. La pupille droite était un peu dilatée. Le malade se plaignait de douleurs et de démangeaisons dans l'œil gauche.

Le 3 septembre il eut un peu de diarrhée et on cessa pour cette raison les pilules.

L'ophtalmoscope montra ce jour-ci que le disque optique droit était rougi, sa circonférence était faiblement marquée à son côté externe et inférieur, mais on ne pouvait pas dire qu'il y eût une névrite optique.

La ptose n'était pas tout à fait complète.

Dans certaines positions de la tête, comme dans l'action de se pencher en avant, la paupière s'élevait à un certain degré ; cependant ordinairement, les deux tiers supérieurs de la cornée et toute la pupille étaient couverts par la paupière supérieure. Pour savoir si les nerfs et les muscles avaient gardé quelque irritabilité, un courant continu d'une batterie de Stœhrer fut appliqué : le résultat était positif. En outre, le malade ressentait à chaque fermeture ou ouverture du courant, un faisceau de lumière dans les yeux. Plusieurs expériences furent faites pour s'assurer si le sens du goût était conservé ; le sel et l'acide acétique était bien sentis à droite, pas du tout à gauche. La situation de la luette était centrale, mais sa sensibilité à gauche affaiblie. Les voûtes palatines égales. Le 16 août, l'ulcère cornéen était complètement guéri. Aucune trace sur la cornée. Cependant, l'œil paraissait plus petit et plus enfoncé dans l'orbite que l'autre. Ceci était dû probablement au défaut de nutrition du globe, et l'atrophie du pannicule graisseux de l'orbite au trouble fonctionnel de

la cinquième paire. Les vaisseaux de la conjonctive et les vaisseaux sous-conjonctivaux étaient congestionnés.

A quoi donc avons-nous à attribuer l'atrophie et même l'ulcération de la cornée? Avec les vaisseaux dilatés on devrait s'attendre plutôt à une nutrition plus active, ou bien y a-t-il des circonstances où cette dilatation va de pair avec des symptômes opposés? ou enfin devons-nous admettre l'influence trophique des nerfs? En tous cas, cette particularité mérite bien l'attention : la fermeture des paupières et la protection de l'œil avec un bandage ont produit, comme dans les expériences de Snellen sur les animaux, une guérison.

La bonne nourriture de l'hôpital et le repos produisirent une amélioration considérable dans l'état général et dans l'aspect du malade. Il fut noté cependant ce jour-ci, que la conjonctive de l'œil droit était plutôt congestionnée. Il y avait une zone circumcornéale mal définie et l'iris avait un peu changé de couleur. Le malade se plaignait de quelque obscurcissement de la vue.

Le lendemain, le 17 septembre il y avait plus de rougeur dans les deux yeux et la cornée de l'œil gauche était plus nuageuse. La tension des yeux était au-dessous de la tension normale — 1. Un examen ophtalmoscopique soigneux fut fait et quoique la cornée fût bien nébuleuse, le fond de l'œil apparut normal ; 12/100, gauche 1/100. Cinq grains d'iodure et autant de bromure de potassium furent prescrits dans un peu de décoction de quinquina, trois fois par jour. On abandonna le perchlorure de mercure et la galvanisation.

Dans les quinze jours qui suivirent, peu de changement excepté celui que l'état de l'œil droit empirait constamment. La surface de la cornée apparaissait comme du verre sur lequel on a soufflé, il y avait une zone circumcornéale bien définie.

L'iris était décoloré, aux bords sombres, cependant aucune douleur n'indiquait quelque forme d'iritis. Il réagissait faiblement à la lumière. La vision de l'œil droit fut le 1^{er} octobre $\frac{40 \frac{1}{2}}{100}$. Le muscle temporal gauche était atrophié considérablement. La tension des deux yeux, et surtout de l'œil gauche fut réduite considérablement. Œil droit, T. = 1, gauche, T. = $-\frac{1}{2}$ ou — 2.

Le malade est affaibli.

Le 8 octobre V. D. $\frac{9}{200}$; V. G. $\frac{4}{200}$. La partie supérieure et interne

de la cornée gauche était la plus claire et l'acuité visuelle fut prise en élevant la paupière. Le reste de la cornée nébuleux, les vaisseaux de la conjonctive empiètent partout sur les bords et plusieurs larges veines s'y dirigent des angles interne et externe.

Une particularité remarquable de ce cas était la variation de la vision due probablement aux variations de tension des deux globes. Le 10 octobre V. D. fut $\frac{8}{200}$ et V. G. $\frac{5}{100}$ c'est-à-dire plus que double dans les deux yeux. Le 15, elle tomba de nouveau à D. $\frac{10}{200}$; G. $\frac{3}{200}$. Le 17 octobre, la conjonctive était gonflée et ecchymotique, surtout en face de la fente palpébrale ; toute la surface de la cornée gauche était sèche et l'épithélium se détacha de la partie inférieure, découvrant une surface ulcérée, aux bords de laquelle couraient les vaisseaux conjonctivaux. Les mouvements de l'œil gauche furent considérablement limités en partie à cause du gonflement et de la sécheresse de la conjonctive, en partie à cause de la perte de puissance des muscles.

Peu de changements jusqu'au 29 octobre. Ce jour-là, une paralysie complète de tous les muscles de l'œil gauche et surdité du côté droit furent remarquées : la vision D. $= \frac{20}{200}$; G. $\frac{3}{200}$. L'examen de la sensibilité cutanée de la face révéla un peu d'amélioration dans la région frontale, buccale et mentonnière (gauches) ; la région malaire et nasale gauche ne perçoit aucune sensation. L'application d'un courant continu de Stœhrer provoqua du côté gauche des contractions très fortes, le passage du courant à travers les tempes amena une perte de conscience momentanée.

Les résultats des expériences entreprises pour déterminer la sensibilité du malade furent les suivants :

Au tact : la partie antérieure du côté gauche de la langue distinguait les deux bouts du compas s'ils étaient éloignés l'un de l'autre seulement de 8 lignes, au lieu de $1/2$ à 1 ligne ; cette distance était du même côté de la lèvre supérieure aussi de 8, à la narine gauche de 12 lignes. Du côté droit, sensibilité normale. La sensibilité de la branche mentonnière gauche de la cinquième paire était plutôt meilleure que celle des nerfs sus ou sous-orbitaires, mais elle manquait dans la gencive inférieure. Dans la gencive supérieure, elle n'existait qu'à un seul

point. La sensibilité le long du grand nerf auriculaire gauche était normale, de même qu'à la nuque et dans la région pariétale et occipitale inférieure. Le sens du goût était plus marqué dans la partie postérieure que dans l'antérieure de la langue et le malade déclara qu'il y avait un afflux de salive du côté gauche de la bouche après l'application de l'acide acétique à la partie postérieure de la langue.

A la chaleur et au froid, aucune perception dans les régions nasale, malaire, palpébrale, frontale, temporale ou mentonnière gauches; sensations normales le long du grand auriculaire. Le malade raconte qu'avant l'admission il avait accidentellement baigné son œil avec de l'eau très chaude de sorte qu'ensuite l'épiderme se détacha sans éprouver aucune douleur.

A la douleur: il ressent nettement la piqure d'une aiguille le long du grand auriculaire mais très indistinctement sur la face et le côté gauche de la langue. L'arrachement d'un poil des favoris fut senti également des deux côtés. Le chatouillement d'une plume est ressenti le long du grand auriculaire, faiblement du côté gauche de la langue, pas du tout à la face.

Tout cela semblait indiquer suffisamment la paralysie des 3^e, 4^e, 5^e et 6^e paires, produite par la pression d'une tumeur ou par quelque maladie progressive de la base du cerveau, tout près du sinus caverneux. Il nous parut cependant remarquable qu'il n'y avait pas de névrite optique bien marquée, quoiqu'il fût difficile à cause de l'opacité de la cornée d'affirmer que le disque de l'œil gauche était normal.

Aucun changement important n'étant survenu jusqu'au 13 novembre, le malade fut renvoyé.

Il revint le lendemain avec le retour des symptômes des deux yeux. L'opacité de la cornée gauche s'était étendue tellement qu'on pouvait à peine voir une trace de partie claire qui se trouvait auparavant du côté supérieur et interne. La portion claire, il faut le dire, était élevée au-dessus du milieu de la partie opaque, de sorte que le commencement et l'accroissement de l'opacité se manifestaient nettement comme suite du détachement de l'épithélium cornéen et de la coloration foncée croissante du tissu cornéen propre.

Admis à l'hôpital le 15 novembre, il se rétablit dans une semaine, grâce au repos et sa V. D. étant 8/70, V. G. 1/200 il fut renvoyé. Il devait

venir aux consultations. Le 26 novembre nous lui trouvâmes V. D. 8/30, V. G. 1/200. Le 19 décembre la vision était dans le même état.

Le 6 janvier. — J. S... fut apporté à l'hôpital par ses amis qui dirent qu'il se conduisait étrangement. Il était sorti de chez lui mi-vêtu en parlant d'une façon incohérente et fut reconduit par un policier. A l'admission il était pâle, et la salive s'écoulait de l'angle gauche de sa bouche, la surdité était plus intense, il se plaignait de maux de tête. La langue très saburrale, constipation. Mis au lait, 4 onces de vin : purgation, du fer et de la quinine ; iodure de potassium contre les maux de tête.

Le 9 janvier. — Incohérences du langage, plaintes sur les maux de tête. Beaucoup de difficulté à boire, le liquide s'écoulant du coin de la bouche. Atrophie du temporal, masséter et autres muscles du visage gauche très avancée. Œil gauche en partie ouvert, cornée opaque. Quelque sensibilité au tact à la cornée et dans la région du trijumeau gauche, excepté la région sus-maxillaire et temporale, tout à fait insensible. Ouïe abolie à gauche, fort affaiblie à droite ; démarche incertaine, la jambe droite semble plus faible. Pas de perte de sensibilité dans les extrémités. La nuit il dort bien, le lendemain cependant il répond à peine aux questions. T. 38°7, pouls petit, lent (59). Respiration : 20.

12 janvier. — Sommeil fort troublé, le matin impossibilité de reconnaître quelqu'un couché sur le dos, il cherche à montrer la langue (saburrale) quand on le lui ordonne, il remue les lèvres sans pouvoir rien dire. Pouls 60, resp. 16, T. 98 ; urine involontairement.

17 janvier. — Amélioration. Il répond aux questions et dit pouvoir voir un peu avec l'œil droit, les deux cornées recouvertes de mucosités, épithélium se détache de la cornée droite.

21 janvier. — Très tranquille. Pouls 52, resp. 20, T. 98°6. Urine inconsciemment, ne peut pas être levé. Paupière droite moitié fermée ; la gauche levée.

23 janvier. — Une ulcération apparut à la cornée droite au bord inférieur, justement à la partie exposée à l'air dans l'état ordinaire, le reste de la cornée claire.

Le seul symptôme à noter durant les 10 jours suivants était : élévation de la température à 101°2. Il comprenait les demandes et répondait avec des signes de tête. La sensibilité de la cornée droite semblait

être perdue. L'ulcération s'étendait graduellement et il y avait quelque ecchymose de la conjonctive, limitée à la partie exposée entre les paupières.

Injections d'eau chaude pratiquées systématiquement. Passage involontaire de l'urine. La nourriture n'est pas demandée, mais placée dans la bouche, elle est mâchée et avalée.

Le 6 février. — La note suivante fut prise sur l'état des yeux : Ulcération de la moitié inférieure de la cornée droite.

Les couches supérieures ont été complètement détachées, laissant une surface blanchâtre, mais il n'y a pas d'opacité au bord de l'ulcération qui est très bien délimitée, et correspond exactement à la surface non recouverte par la paupière moitié ouverte. L'iris agit un peu. Les conjonctives sont ecchymosées, légèrement congestionnées. Congestion des vaisseaux sous-conjonctivaux. Pas de zone péricornéenne bien définie. Cornée gauche tout à fait sèche et rugueuse, proéminente. Conjonctive sèche, un peu congestionnée.

11 février. — Etat demi inconscient. Le malade cherche à répondre encore aux questions, mais il ne peut proférer le moindre son. A l'œil gauche prolapsus d'une portion de l'iris à travers la plaie cornéenne, produite par le malade accidentellement (il essayait d'en gratter la surface avec le doigt). Conjonctive sèche, modérément congestionnée. Pouls imperceptible. Resp. 32.

Le 12 février. — Mort.

Autopsie. — Corps fort émacié. Quelques traces d'ulcération sur les deux jambes et une dans l'aîne gauche.

Arachnoïde épaissie. Substance cérébrale généralement ramollie. Un peu de coloration jaune (et ramollissement) de l'hémisphère cérébral gauche au niveau des corps calleux. Dans le lobe moyen gauche grand espace ramolli. A la surface inférieure du lobe cérébral postérieur, un foyer circonscrit d'une mollesse extrême. Au centre de l'hémisphère gauche du cerveau, une tumeur dure, gris brunâtre, d'un diamètre de 1/4 de pouce. Dans l'hémisphère droit un peu en dehors du centre, collection de substance brunâtre, dure, pareille à celle du côté gauche.

Commissure optique non ramollie.

Les membranes de la base du cerveau tout à fait saines. Aucune

modification pathologique dans quelque nerf crânien. La cinquième paire suivie depuis son point apparent d'origine ne présentait aucun changement visible dans son aspect ou sa consistance. Les tumeurs cérébrales examinées au microscope montrent une apparence finement granuleuse, sans autre structure, excepté par-ci par-là quelque capillaire; pas de capsule.

Examen des yeux. — Rien d'important. Couche épithéliale, où elle n'était pas encore détachée, se détachait faiblement après une courte macération dans l'alcool. Ailleurs la cornée présente son caractère habituel. Les iris épaissis, rétine et choroïde saines.

Ce qui est fort curieux, c'est le défaut de connexion entre les symptômes observés dans la vie et les lésions cérébrales. On aurait dû s'attendre à un grand abcès ou tumeur de la base ; cependant, il faut reconnaître que les tumeurs étaient symétriques, ce qui explique la symétrie de l'affection oculaire.

OBSERVATION XXIV

Charcot et Gombault, *Archives de physiologie*. 1873

Femme de 40 ans, soignée 20 ans auparavant pour des accidents primitifs et ayant eu à plusieurs reprises des ulcérations multiples, du psoriasis palmaire et plantaire.

La malade en même temps que de nombreux symptômes révélateurs d'une affection du système nerveux présentait les troubles oculaires suivants :

A droite, la dilatation de la pupille, l'impossibilité où est celle-ci d'atteindre le grand angle de l'œil, la chute de la paupière supérieure révèlent l'existence d'une paralysie de la 3^{me} paire. Sur le bord inférieur de la cornée, est apparue une petite pustule entourée d'une aréole vasculaire qui ne tarde pas à s'étendre à toute la partie inférieure de la conjonctive bulbaire. Elle laisse à sa suite une petite ulcération qui au bout de quelques jours a disparu.

La sensibilité tactile de la peau est partout conservée à la face mais, à droite, l'existence de plusieurs points douloureux à la pression et

spécialement les points sus-orbitaire et mentonnier semblent indiquer un certain degré de névralgie du trijumeau.

On note en même temps de la névrite optique et de la paralysie de la sixième paire. A l'autopsie, lésions nerveuses disséminées. Parmi les nerfs de la base du cerveau, indépendamment des deux nerfs optiques et du moteur oculaire commun du côté droit, on constate que les filets d'origine du moteur oculaire externe du même côté ont une coloration grise et ont notablement diminué de volume. Le trijumeau et le facial droits paraissent également plus que ceux du côté opposé.

OBSERVATION XXV

Paralysie syphilitique du nerf trijumeau, anesthésie de la face, fonte purulente de l'œil, gomme de la dure-mère et destruction du Ganglion de Gasser.

Lancereaux. *Union médicale*, 1881

Pauline V..., âgée de 47 ans, venant d'Amiens où elle exerçait la profession de lingère.

A l'âge de 22 ans, chancre de la lèvre bientôt suivi de roséole généralisée, d'angine, de plaques muqueuses, ensemble morbide qui ne laisse subsister aucun doute sur la nature de l'ulcération labiale.

Jusqu'à l'année 1877 longue période de santé que ne vient troubler aucun réveil de la maladie constitutionnelle.

Il y a deux ans, pour la première fois apparurent des douleurs frontales intenses du côté droit, et la malade, jusque là bien portante, s'anémia, eut des digestions pénibles, maigrit rapidement.

Un court séjour à l'hôpital en juillet 1877, un traitement ioduré avait bien amené une amélioration passagère, mais la malade sortit trop tôt, s'abstint de toute médication, et endura pendant des mois entiers d'atroces douleurs névralgiques jusqu'au jour où de grands désordres du côté de l'œil la firent entrer l'année dernière, à Saint-Antoine dans le service de M. le Dentu.

La céphalée avait persisté avec le même caractère d'intensité, mais de plus la vue avait été, en peu de temps, successivement troublée et

abolie. Il est facile, aujourd'hui encore, à l'aide de l'interrogatoire de la malade et de l'examen de l'œil de reconstituer la série des accidents qu'elle a présentés : Kératite neuro-paralytique, abcès cornéen, perforation, hernie de l'iris, qu'on voit compris maintenant dans une cicatrice, enfin staphylôme consécutif. En même temps on constatait déjà de l'anesthésie de la face à droite et de la surdité du même côté.

Passage dans le service de Lancereaux à la fin de l'année 1878.

La névralgie fut traitée par l'iodure de potassium à haute dose, pendant que le régime lacté, l'emploi de poudres stomachiques stimulaient les fonctions digestives de la patiente. Elle quitta le service non point guérie, mais améliorée.

Le 3 avril 1879 elle revenait à la Pitié ; elle était plus faible, plus émaciée que jamais, avait du muguet dans la bouche et ses douleurs frontales étaient encore accrues.

La même médication amena une amélioration notable de l'état général et atténua dans une large mesure les douleurs névralgiques.

Les règles supprimées depuis un an ont reparu récemment.

Chaque fois que, sur la prière de la malade, on suspend l'usage de l'iodure, les douleurs reparaissent avec leur intensité première.

Les paroxysmes douloureux ont cessé. C'est là avec le retour des forces, le seul résultat important que l'on ait obtenu ; l'état local est le même à cette époque que le premier jour.

Du côté de l'œil, lésions énumérées plus haut, lésions irréparables ; en explorant la sensibilité de la moitié droite de la face, on constate que les parties innervées par le rameau frontal de la branche ophtalmique de Willis ont conservé une faible partie de leur sensibilité ; que l'œil, la joue, le nez sont au contraire complètement insensibles ; on peut piquer ces régions, exciter avec une épingle, la narine droite, la moitié droite de la langue, sans déterminer aucune douleur, sans provoquer aucun mouvement réflexe. De plus, la mastication est difficile et, depuis quelques mois, presque toutes les dents de la mâchoire supérieure se sont cariées successivement et sont tombées.

De plus la bouche est légèrement déviée et attirée du côté gauche. La malade ne peut entièrement fermer l'œil droit. Enfin, depuis plus d'un an, elle n'entend point de l'oreille droite, siège, par instants de bourdonnements confus.

Depuis quelque temps, la malade est sujette à des vertiges pendant la marche, a une tendance manifeste à se porter à sa droite, ne peut se retourner rapidement sans perdre l'équilibre ; elle ressent en outre dans le poignet droit des élancements douloureux ; accuse une raideur dans les doigts du même côté et ne peut écrire sans que la plume lui échappe souvent ; la jambe droite serait, elle aussi, plus faible que la jambe gauche. Mais ces troubles sont apparus récemment et sont encore trop peu marqués pour modifier la physionomie générale de l'affection qui reste dominée par ce fait, la paralysie, du côté droit, des cinquième, septième et huitième paires.

L'état de la malade est resté presque stationnaire pendant l'année 1880. On nota seulement des troubles dans l'innervation des membres inférieurs, troubles consistant en crampes, fourmillement, soubresauts des deux côtés, diminution et retard de la sensibilité et parésie à droite, hyperesthésie à gauche. Les symptômes céphaliques étaient les mêmes. Le 27 janvier 1881 la malade tomba tout à coup dans le coma et la mort survint le 29.

Nous ne relèverons dans l'autopsie que les points suivants : A la surface du lobe droit du foie est une cicatrice étoilée, déprimée, en voyant dans l'intérieur du parenchyme, une bride fibreuse, lésion évidemment syphilitique.

Pour ce qui est de l'encéphale, il existe à la face postérieure du rocher une masse fibreuse, impossible à dissocier, s'étendant du conduit auditif interne au sommet du rocher et résultant de l'adhérence et de la fusion des méninges molles et de la dure-mère entre elles et avec la région voisine du cervelet ; en ce point, la substance nerveuse est épaissie et indurée. En aucun autre point de l'encéphale, on ne trouve de productions pathologiques et partout ailleurs, les méninges sont libres et indépendantes.

Les nerfs des 5^e, 7^e et 8^e paires du côté droit sont englobés dans ce tissu fibreux très compact.

Le ganglion de Gasser du côté droit, beaucoup moins saillant et plus aplati que son congénère, se trouve réduit à une mince banderlette : il offre une coloration blanchâtre, comme s'il s'agissait d'une cicatrice et d'ailleurs il est induré et résistant. Le ganglion du côté gauche est absolument normal.

L'examen comparatif des coupes histologiques des deux ganglions donne, du côté malade, un développement beaucoup plus considérable des éléments conjonctifs, formant une sorte de gangue fibreuse qui étouffe les éléments nerveux. Ceux-ci, fibres et cellules, sont atrophiés ou ont disparu.

Les fibres nerveuses restantes ne possèdent plus de myéline et sont réduites à un cylindraxe apparaissant sur une coupe transversale comme un simple point noir. Entre les éléments conjonctifs ou nerveux, il existe sur plusieurs points des amas de cellules adipeuses.

En somme, augmentation du tissu conjonctif et atrophie des éléments nerveux du ganglion malade ; semblable altération s'observe dans les branches nerveuses correspondantes. Inutile d'ajouter que le produit gommeux, dans le cas particulier, a eu tout le temps pour être résorbé.

OBSERVATION XXVI

Genkin, 1886.

Nature du processus cérébral.

Néoformation de l'os sphénoïde.

Troubles fonctionnels dans la région du trijumeau.

Néuralgie du trijumeau des deux côtés depuis longtemps.

Hyperesthésie du nerf trijumeau gauche, mais pas d'anesthésie.

Kératite neuro-paralytique.

Anatomie pathologique.

La néoformation syphilitique du sphénoïde comprime le trijumeau gauche.

Le compte rendu de Michel (jahnesbericht uber Fortschritte der Ophthalmologie, t. 17, p. 339), y ajoute encore les détails suivants :

Il s'agit d'un psychopathe de 70 ans, chez lequel on a constaté une syphilis constitutionnelle. La pupille gauche était plus étroite que la pupille droite. A l'époque où il n'y avait qu'une hyperesthésie du trijumeau gauche a apparu à l'œil gauche une ulcération cornéenne qui a amené bien vite la destruction de la cornée. L'auteur considère son cas comme une pure trophonévrose et il le range parmi ceux décrits

par Charcot où il y avait aussi une ophtalmie neuro-paralytique accompagnée non d'une anesthésie mais d'une hyperesthésie du trijumeau.

OBSERVATION XXVII

Un cas de kératite neuro-paralytique avec examen microscopique de l'œil atteint.

Par G. E. de Schweinitz. *Archiv of ophthalmology*, 1891.

Depuis le moment où Herbert Mayo constatait que la section du trijumeau à l'intérieur du crâne produisait l'insensibilité de l'œil et où Magendie, en 1824, montrait que la section de ce nerf chez les lapins produisait l'anesthésie du globe oculaire avec inflammation et fonte de la cornée, les physiologistes, ophtalmologistes et neurologistes ont entrepris de nombreuses recherches expérimentales pour s'efforcer de prouver définitivement la cause de la lésion cornéenne. Même aujourd'hui, les expérimentateurs et les cliniciens ne sont pas d'accord, et après avoir examiné les exposés de l'étiologie de la kératite neuro-paralytique contenus dans les livres classiques, il est permis de rester dans le doute pour savoir s'il faut accepter la théorie qui rapporte cette affection à un trouble trophique, ou celle qui l'attribue à une moindre résistance de la cornée aux traumatismes par suite de son anesthésie, ou admettre avec Gowers (*Maladies du cerveau*, p. 90), que « l'ophtalmie neuro-paralytique, ainsi qu'elle a été nommée, dépend probablement de l'irritation du nerf plutôt que de l'anesthésie ou de la simple perte de l'influence nerveuse. »

Le cas que je vais décrire présente certains points intéressants tant en ce qui concerne le siège probable de la lésion que les résultats de l'examen microscopique.

William S..., allemand, âgé de cinquante-huit ans, avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'année 1863 (peut-être 1866) où il fut atteint, s'il faut s'en rapporter à son propre récit, d'un bubon du côté droit. Il nie avoir eu un chancre, mais peu après l'apparition du bubon, ses cheveux tombèrent. Il continua à être en bonne santé pendant encore

trois ans, il contracta alors un rhumatisme et, en même temps, une iritis double.

Ces accidents furent guéris et nous n'avons pas de nouveaux retours de l'affection jusqu'en mars 1884 où il fut atteint d'une hémiplegie gauche, le bras et la jambe étant atteints d'une paralysie qui fut guérie en 12 semaines.

En 1885, il a une seconde attaque apoplectiforme non accompagnée de paralysie et suivie d'un prompt rétablissement de la santé.

En janvier 1888, il a une paralysie faciale gauche, vers le même temps il dit avoir une inflammation de l'œil, mais on n'a pas une description précise de cette inflammation qui n'était évidemment pas celle qui devait entraîner plus tard la perte de la vue. Au milieu de l'été de la même année, il quitte l'hôpital malgré une inflammation évidente de l'autre œil.

En janvier de l'année suivante, je fais l'observation suivante : œil droit; pupille ronde; réflexe lumineux conservé; papille optique large, ovale, grise, avec une excavation peu profonde; les artères comparées aux veines sont plus faibles que normalement; des traces de pigment sur la capsule antérieure du cristallin sont l'indice de l'existence d'une ancienne iritis. Œil gauche, pupille presque obstruée par une iritis ancienne, et empêchant de voir le fond de l'œil, il n'y a pas d'évidence d'affection cornéenne.

Environ vers le même temps, des examens variés faits par les Docteurs J. Hendrie, Lloyd et Charles K. Mills, relevaient les faits suivants en ce qui concerne l'état général du malade : le côté gauche du front était absolument insensible, la commissure labiale gauche tirée en haut probablement par suite d'un état spasmodique. Il y avait du tiraillement de la paupière et des muscles du côté gauche de la face, de l'incapacité à tirer la langue en avant, à siffler ou à dilater la narine gauche.

Les muscles masséter et temporal étaient atrophiés. La mâchoire inférieure ne pouvait être projetée en avant pour accomplir les mouvements de grincement, la sensibilité était pratiquement abolie dans toute la moitié gauche de la face et on constatait la réaction de dégénérescence dans les muscles innervés par la 7^e et la 5^e paire. Le bras gauche était paralysé avec une atrophie marquée dans les muscles ex-

tenseurs et supinateurs, en même temps qu'une réaction de dégénérescence avancée et une chute du poignet de ce côté. Les muscles de la cuisse et de la jambe gauche étaient moins puissants, les extenseurs et les abducteurs ayant plus souffert que leurs antagonistes, mais il n'y avait pas d'atrophie et ils réagissaient normalement au courant faradique et galvanique. L'épreuve avec le diapason décelait une surdité partielle qui semblait plutôt être due à la paralysie du tenseur du tympan qu'à l'affection du nerf auditif.

En mars, le type de kératite qui causa la destruction de cet œil commença à se développer et promptement l'état suivant fut atteint, en dépit de tout traitement : violente injection épisclérale, perforation de la moitié inférieure de la cornée avec hernie de l'iris, dépôt sanguin remplissant le reste de la chambre antérieure et anesthésie absolue de la cornée et de la conjonctive. Diminution de la tension intra-oculaire.

En résumé, il était évident que le patient était atteint de paralysie atrophique avec dégénérescence du bras gauche ; une paralysie incomplète et non atrophique de toute la jambe gauche ; une paralysie du nerf facial et des branches motrices du trijumeau, comprenant quelques fibres sensitives et produisant l'anesthésie du côté gauche de la face et du globe oculaire gauche.

Le Dr Mills, après un examen approfondi de ce cas, vint à la conclusion que cet homme avait souffert d'une lésion de la corne antérieure gauche dans le septième segment cervical et cette lésion s'étendait jusqu'aux segments adjacents et aussi à la substance blanche des faisceaux pyramidaux croisés. Les conditions des muscles faciaux pouvaient être aussi expliquées par les lésions du même caractère, détruisant les groupes des cellules du nerf facial et trijumeau.

L'œil gauche dont notre malade se plaignait le plus et dont nous avons décrit l'état de la cornée, fut enlevé, placé dans le liquide de Muller et soumis à l'examen microscopique. On a trouvé les lésions suivantes :

Au-dessous du centre de la cornée, il y a une perforation complète de cette membrane. Cette ouverture est occupée par le tronçon de l'iris prolabé, granuleux et plein de nombreuses cellules granuleuses, inflammatoires, larges et pigmentées. Cette nécrose centrale, qui a

évidemment débuté par le tissu cornéen vrai et qui s'est propagée ensuite jusqu'au moment de la formation du sillon de séparation (elle fut suivie plus tard de la perforation et du prolapsus), est nettement limitée de chaque côté. En dehors de cette limite, la cornée est tout à fait libre de l'infiltration inflammatoire. En venant à la périphérie de la cornée, nous trouvons la couche épithéliale et la conjonctive très gonflées et séparées par des collections de petites cellules fort foncées et qui se rencontrent aussi dans le tissu cornéen. Ici elles sont amassées par places dans des dépressions creuses, qui, évidemment, ont été auparavant le siège des abcès. Ces lésions n'intéressent pas toute l'épaisseur de la cornée et en dehors d'elles, en passant vers l'intérieur on rencontre du tissu relativement sain.

Immédiatement dans le voisinage du canal de Schemm et autour de son orifice, il y a une collection de petites cellules rondes, apparemment dirigées vers la lumière de ce canal.

L'iris depuis le prolapsus jusqu'au corps ciliaire est gonflé, enflammé et infiltré de cellules inflammatoires. La même chose se répète dans le corps ciliaire. Les vaisseaux présentent dans leur structure un intérêt spécial. Ils sont atteints d'une artérite oblitérante. Prenant pour type une petite artériole ciliaire, nous trouvons dans sa surface de section ce qui suit :

Une lumière placée asymétriquement, trop petite par rapport au volume du vaisseau ; des plaques endothéliales qui proéminent d'une façon inusitée dans la lumière ; la couche moyenne est remplacée par des éléments fibreux, ses débris se voient encore à la périphérie sous forme d'un cercle étroit de fibres musculaires très peu développées. En dehors est le tissu indéfini de l'adventice. Ces cas ont été décrits sous le nom de mésartérite.

Choroïde, rétine, nerf optique, sains. Nerfs ciliaires aussi normaux.

Cette kératite caractérisée par une eschare cornéenne centrale, nettement délimitée par du tissu cornéen presque normal de la kératite périphérique secondaire rappelle beaucoup le type décrit par Senftenben et produit chez les animaux moyennant une section du trijumeau. Les traumatismes de l'œil anesthésié de la sorte ont provoqué une kératite centrale, celle-ci a agi comme point d'issue d'une irritation inflammatoire et a provoqué la kératite secondaire périphérique.

Quant à l'artérite oblitérante, je la considère non comme cause de la maladie, mais comme suite de l'inflammation chronique. Dans cela, je suis d'accord avec Friedlander (*Centralblatt f. die med. Wissenschaft*, 1876, p. 69) qui la signale dans toutes les inflammations chroniques et surtout dans la phthisie.

L'absence totale de maladie du côté des nerfs ciliaires est curieuse à noter, car elle démontre que bien que les noyaux de la cinquième paire fussent affectés, il n'y eut pas de dégénérescence ni d'inflammation le long des rameaux périphériques de ce nerf.

OBSERVATION XXVIII

De la Syphilis cérébro-spinale.

Pick. *Gazette médicale de Prague*. 1892, n° 24.

Journalier de cinquante-huit ans, qui mourut le 1^{er} octobre de cette année dans la clinique du professeur von Jacksch. Cet homme eut une riche histoire pathologique dont je veux seulement vous rappeler les dates suivantes. Deux années trois quarts avant sa mort (au commencement de 1889), cet homme jusque là parfaitement sain, à ce qu'il dit, contractait un chancre induré du prépuce bientôt suivi d'un gonflement des ganglions lymphatiques, accidents pour lesquels il séjourna jusqu'en avril à la clinique dermatologique. Dès le mois de juillet apparaissaient de violentes céphalées, puis bientôt après une éruption aux organes génitaux et au mois d'août un trouble de la sensibilité de la moitié droite de la face, et en même temps un embarras de la parole et une faiblesse de l'ouïe.

Vers la fin de septembre, il revenait à la clinique dermatologique, où l'on constatait un condylome aux parties génitales, une paralysie plus récente du facial droit, de l'hypoglosse, de la parésie des extrémités droites, une diminution de l'acuité visuelle de l'œil droit en même temps qu'une diminution de la sensibilité dans le territoire des première et deuxième branches du trijumeau.

Le traitement institué, injections de calomel et K I, améliora bien les symptômes nerveux, mais cependant apparurent de l'iritis et une

kératite neuro-paralytique du côté droit, pour lesquelles il fut transféré à la clinique ophtalmologique d'où il fut de nouveau emmené lorsque la kératite eut guéri en laissant une opacité cornéenne qui rendit nécessaire une iridectomie. Pendant sa brève sortie de l'hôpital qui suivit cela, les symptômes nerveux n'étaient pas tout à fait guéris et restèrent stationnaires pendant les 18 mois qui suivirent, époque pendant laquelle le patient fit à trois reprises un plus ou moins long séjour à la clinique dermatologique où chaque fois il fut soumis à un énergique traitement spécifique contre des éruptions syphilitiques variées et graves. Le 19 mai 1891, il quitta pour la 5^e fois la clinique dermatologique, mais dès le 20 juin nous le retrouvons à l'hôpital, cette fois, il est vrai, dans la clinique du professeur Jacksch pour ses accidents nerveux. A ce moment, il se plaignait surtout de violentes céphalées, plus tard on constatait une paralysie du facial droit, en même temps qu'une anesthésie des premières et deuxième branches du trijumeau ; la sensibilité commune était intacte ; la moitié droite de la face était rouge et congestionnée. Les mouvements oculaires, la parole et la perception des saveurs étaient normaux, mais il subsistait du côté droit une complète surdité nerveuse ; l'oreille étant saine à tous les autres points de vue. Aux extrémités on ne constatait aucun trouble de la motilité ou de la sensibilité, cependant le malade était ordinairement faible. Il suivit une cure de frictions, les céphalées s'apaisèrent et le patient quitta bientôt la clinique. A la fin de septembre on l'emportait sans connaissance. Trois jours avant son entrée, était apparue une paralysie de la moitié gauche de la tête et des extrémités inférieures gauches, en même temps se montraient de violentes douleurs dans ce côté, la parole était impossible, le malade avait un peu de fièvre, puis survint de l'œdème de la moitié inférieure du corps. A l'examen, on trouve des ulcérations de la luette et des piliers du voile du palais, de l'œdème à la moitié gauche du thorax, dans l'urine des cylindres et de l'albumine en abondance. L'état comateux du malade rendait impossible l'examen des nerfs crâniens. Il mourut deux jours après son entrée avec une élévation de température.

Le diagnostic clinique portait : syphilis cérébrale (maladie de Heubner), paralysie du nerf facial, du trijumeau et de l'hypoglosse

droits, parésie du membre supérieur gauche, néphrite chronique, œdème.

Dix heures après la mort, je pratiquais l'autopsie du crâne et de la moelle épinière, celle du reste du corps devant être faite le jour suivant. Cette dernière révéla des signes évidents de syphilides anciennes, tels que ulcérations du palais, dures, tuméfactions ganglionnaires puis plus récemment, un mal de Bright aigu, de la pleurésie double et une pneumonie lobulaire.

Après une description détaillée des lésions trouvées à l'autopsie, Pick résume ainsi l'observation :

Si nous envisageons rapidement ce cas, nous voyons un individu infecté dans un âge avancé, chez lequel la syphilis a pris une marche très rapide, en particulier la prompte apparition de symptômes de paralysie du côté des nerfs craniens, sept mois après l'infection et qui, chose digne de remarque, restèrent presque sans aucun changement jusqu'à la mort.

L'autopsie démontra alors comme très rares lésions, des gommes miliaires de la moelle épinière et de son enveloppe, ce qui était bien aussi un signe de la gravité particulière du processus, puis une méningite syphilitique de la partie antérieure de la section supérieure du pont, qui infiltrait les nerfs passant sur le côté droit et les amenait à l'atrophie. Sur la substance du pont, on trouvait une place plus profondément atteinte, droit à l'entrée du trijumeau. Puis, nous trouvons une dégénérescence de la racine ascendante droite du trijumeau dans toute son étendue, dégénérescence qui doit bien sans doute être envisagée comme secondaire à la destruction de la majeure portion du trijumeau sensible. Cette dernière dégénérescence est une lésion ordinairement rare.

OBSERVATION XXIX

Uthoff. *Archiv. fur ophthalmologie*, 1893

Mlle A. Hel..., âgée de 30 ans, a été infectée il y a six ans. Quelques temps après vient une éruption sur tout son corps. Depuis un an, maux de tête continus, de même qu'affaiblissement fort considérable

de la mémoire. Le 29 mars 1880, elle s'est couchée bien portante, le lendemain en s'éveillant, elle remarque qu'elle ne peut plus remuer le bras droit et la jambe droite, en outre, elle ne peut plus parler. Alors elle fut reçue à la Charité et après un traitement de deux mois (je manque de renseignement sur ce traitement), son état fut très amélioré; seulement un engourdissement de la moitié droite du corps et une obliquité de la bronche se maintenant.

Deux mois plus tard, à la fin de juillet, l'attaque d'hémiplégie droite et l'aphasie se répètent. Reçue à la Charité, elle sort avec amélioration vers la fin de décembre 1880.

Le 10 décembre 1881, elle fut reçue à l'hôpital de Moabit pour un érysipèle facial, relativement bénin. J'ai eu l'occasion de l'examiner : elle se plaignait de maux de tête, mais la sensibilité et la motilité étaient à peu près les mêmes des deux côtés du corps. Seulement dans le domaine de la I^{re} et II^e branche du nerf trijumeau, j'ai trouvé une anesthésie complète et à l'œil droit une kératite neuro-paralytique prononcée. La cornée assez fortement troublée, présentait une ulcération superficielle étendue, une injection péri-cornéale, une anesthésie complète. A l'ophtalmoscope on voit sur l'œil droit la pupille assez difficilement à travers la cornée troublée : celle-ci paraît plus pâle qu'à l'état normal et légèrement colorée atrophiquement dans toute son étendue, bien qu'il n'y ait pas d'image d'une atrophie optique complète. Aucun éclat, aucune réaction de la pupille à la lumière, depuis le mois d'août 1880 amaurose complète. Quant à l'œil gauche la malade ne s'en plaint pas ; d'ailleurs à cause d'une forte déviance, ni l'examen précis de la vue ni la mensuration du champ visuel ne sont possibles. L'ophtalmoscope y montre la papille un peu plus pâle qu'à l'état normal, les contours de la papille sont nets, donc ici non plus, il n'y a pas d'image d'atrophie totale de la papille, car le bout du nerf optique donne encore une nuance distinctement rougeâtre.

A l'œil droit, on voit en outre une paralysie complète du nerf abduc-teur. Les branches buccales du nerf facial droit sont également paré-tiques.

On prescrit à la malade l'iodure de potassium et les onctions.

Le 28 mars 1881, l'examen donne à peu près les mêmes résultats ;

seulement maintenant la paralysie faciale droite est devenue complète dans toutes les branches ; en outre à gauche commence la paralysie des abducteurs. La kératite neuro-paralytique droite présente à peu près le même état qu'auparavant.

Le 9 avril 1881, je trouve une forte augmentation de la parésie de l'abducteur à gauche. Les deux yeux sont fortement convergents. La pupille gauche est élargie et insensible à la lumière.

A l'ophtalmoscope pas de changement. La malade voit un peu avec l'œil gauche, mais on ne peut préciser le degré d'acuité visuelle ; en tout cas elle voit beaucoup moins qu'auparavant. Depuis quelques jours elle est trop somnolente, les sphincters vésical et rectal sont relâchés.

Le 15 avril 1881 elle meurt.

A l'autopsie, je trouve à la surface de l'hémisphère droit trois grands foyers de ramollissement ; l'un de quatre centimètres de diamètre à l'extrémité inférieure du sillon de Rolando, occupe le lobe central antérieur et postérieur : l'autre de trois centimètres est à la partie postérieure du sillon frontal inférieur : le troisième et le plus grand au sommet du lobe temporal droit.

Dans l'hémisphère gauche se trouve à la surface dans la partie supérieure du sillon de Rolando, empiétant aussi sur le lobe central antérieur et postérieur, un foyer de ramollissement long de trois centimètres, large de deux centimètres.

Dans le corps strié droit aussi un foyer de ramollissement gros comme une fève.

A la base du cerveau, surtout à droite se trouvent des formations gommeuses étendues, d'une consistance en partie gélatineuse et intéressant avant tout le nerf optique droit (intra-crânien) et la moitié droite du chiasma ; ensuite aussi en partie le tronc optique intra-crânien gauche et le côté gauche du chiasma. En outre il y a de forts changements et épaissements du tissu au-dessous de la dure-mère, lequel tissu occupe le côté droit de l'os sphénoïde, la selle turcique et la région jusqu'au trou optique et à la fissure orbitale supérieure.

Le nerf trijumeau droit est fort aminci en comparaison avec le gauche.

Le foie montre maintes cicatrices et rétrécissements syphilitiques.

KÉRATITES NEURO-PARALYTIQUES DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Les trois observations de kératite, d'origine hérédo-syphilitique que nous avons pu recueillir sont malheureusement trop peu nombreuses pour nous permettre d'établir une symptomatologie bien nette et bien différenciée de celle des malades qui ont contracté la syphilis. Il semble en résulter toutefois que la kératite neuro-paralytique peut atteindre les hérédo-syphilitiques à des âges très divers jusqu'à concurrence de 30 ans environ, puisque le petit malade d'Alexander avait seulement deux mois, tandis que celui de Druault avait vingt-huit ans et que le sujet de Thiersch était une fillette de douze ans.

La syphilis paternelle est nettement signalée chez le sujet d'Alexander; le père a contracté un chancre 3 ans avant son mariage; la naissance de l'enfant est précédée de deux fausses couches; la santé de la mère s'altère alors.

Il est signalé plusieurs fausses couches antérieures chez la mère du malade de Druault. Les signes de l'hérédo-syphilis chez ce malade de vingt-huit ans, garçon de laboratoire, sont bien énumérés dans l'observation par ordre chronologique. En 1887, il a de l'adénite suppurée au niveau de l'apophyse mastoïde.

En 1890, suppuration de la face externe du genou droit, durée 2 ans. Cicatrice violacée, et plusieurs autres signes que nous jugeons inutile d'énumérer et pour lesquels nous renvoyons à l'observation. Enfin on constate chez lui la dent d'Hutchinson.

A en juger par ces trois observations, la névralgie faciale qui précède ou accompagne généralement la kératite neuro-paralytique serait plus rare dans l'hérédo-syphilis.

Le sujet de Druault a plutôt une sensation de rétraction du globe oculaire qu'une névralgie véritable. Il n'en est pas

du tout signalé dans les deux autres observations. Alexander et Thiersch ne parlent pas d'anesthésie. Druault relate de l'anesthésie complète dans tout le domaine de la branche ophtalmique, et de l'hypoesthésie dans le domaine des deux autres branches du trijumeau, ainsi qu'au tronc et au membre du même côté.

La kératite n'est ulcéreuse que dans le cas de Druault; ici, l'ulcération est centrale, transparente, pas d'hypopion, conjonctive rouge, sans sécrétion, perception lumineuse de l'œil atteint, c'est-à-dire à droite, strabisme externe, paralysie faciale à droite, troubles de l'audition qui est diminuée à droite, abolition de l'odorat à droite, abolition du goût à la partie antérieure du côté droit de la langue, réflexes tendineux vifs; aucun trouble moteur par ailleurs.

Dans les deux autres observations, il n'est signalé aucun trouble oculaire associé; pas de troubles sensoriels. Paralysie faciale chez le malade d'Alexander. Celui de Thiersch en est aussi atteint. Il a de plus de la paralysie du moteur oculaire commun, de la douzième paire à droite; de la dixième à gauche. Dans aucune de ces trois observations, il n'est mentionné de troubles du côté du trijumeau moteur.

En résumé, l'observation de Druault est celle qui par le nombre et la nature de ses symptômes se rapproche le plus du type de la kératite neuro-paralytique dans la syphilis acquise.

Dans l'hérédo-syphilis, les symptômes cérébraux seraient moins au complet. L'évolution est plus rapide, elle ne dure que cinq jours chez la malade de Thiersch. Chez celui de Druault, deux mois; au bout d'un mois il se forme un pannus et un mois après la réparation de l'ulcère et de la cornée est effectuée.

La mort n'est signalée qu'une fois, c'est chez le petit malade d'Alexander qui est emporté au bout de quelques mois dans un état atrophique très prononcé. Les deux autres malades sont, sinon guéris, du moins améliorés par le traitement spécifique (iodure de potassium). Chez les malades atteints de

kératite neuro-paralytique consécutive à la syphilis acquise, la mortalité constatée et relatée dans nos observations atteint de plus grandes proportions, ou quelquefois on perd de vue le malade à un moment où les symptômes observés annonçaient une mort probable.

Le pronostic semblerait donc moins grave chez les hérédosyphilitiques, au moins chez ceux qui ont dépassé la première enfance.

OBSERVATION XXX

Fournie au docteur Fromageot par M. A. Druault, interne à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Syphilis héréditaire. — Kératite neuro-paralytique consécutive à des lésions intra-craniennes.

C... Alphonse, vingt-huit ans, garçon de laboratoire, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Louis, le 18 septembre 1897, avec une ulcération centrale de la cornée droite.

Cette ulcération a débuté, il y a quelques jours, sans cause appréciable. Actuellement, elle a un diamètre de 2 ou 3 millimètres. Ses bords et son fond sont restés transparents. Il n'y a pas d'hypopyon. La conjonctive est rouge, mais sans sécrétion purulente. La photophobie est relativement faible.

Le malade souffre peu, il éprouve seulement une sensation de rétraction du globe oculaire. La cornée et la conjonctive sont complètement insensibles.

Rien à l'œil gauche, si ce n'est un léger astigmatisme direct et quelques troubles de pigmentation du fond.

Le malade présente en outre des lésions dentaires et cicatricielles et des troubles nerveux consistant surtout en une anesthésie du trijumeau droit, sur lesquels nous reviendrons après avoir décrit l'évolution de la kératite.

Pendant les quinze ou vingt jours qui suivent son début, l'ulcération de la cornée continue à s'agrandir jusqu'à occuper la moitié de la surface de la cornée, en conservant un fond et des bords transparents et sans hypopyon. La conjonctive reste rouge mais ne suppure pas.

Traitement : Instillations d'atropine, compresses humides chaudes et, un peu plus tard, iodure de potassium.

Un mois après le début, il commence à se produire une infiltration blanche du fond et des bords de l'ulcère avec vascularisation périphérique de la cornée, surtout en bas et en dehors.

La réparation met un mois et demi ou deux mois à se produire.

Le malade, revu le 20 avril 1898, présente une cornée droite légèrement globuleuse. Toute la partie centrale est blanche, opaque, paraissant un peu sèche. La partie supérieure seule est à peu près transparente. En bas et en dehors quelques vaisseaux.

Pas de douleurs, mais toujours la même sensation de rétraction du globe oculaire.

La vision est réduite à une simple perception de la lumière. Cet œil tend à se dévier dans les mouvements extrêmes. Il converge insuffisamment. Ces troubles de la mobilité sont légers et n'existent que depuis l'abolition de la vision de ce côté. L'œil gauche est sain et a une acuité visuelle normale.

Les antécédents héréditaires du malade sont peu précis : Père alcoolique mort à 43 ans. Mère morte à 45 ans, fit plusieurs fausses couches et eut trois enfants. Les deux autres sont deux filles, la première morte à 6 mois, l'autre actuellement âgée de 20 ans, est bien portante.

C. . dit n'avoir rien eu jusqu'à 17 ans et notamment pas de maladies d'yeux ni d'oreilles.

En 1887, suppuration au-devant de la pointe de la mastoïde droite. Origine ganglionnaire probable. Durée deux mois. Il reste une cicatrice étoilée de deux centimètres de longueur.

En 1890, large plaie violacée développée à la face externe du genou droit et au jarret. Dura deux ans. Guérit dans le service de M. Tillaux à la suite de l'ablation d'un kyste (?) et d'un traitement par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles,

En 1893, étant au service militaire en Algérie, suppuration à la partie antérieure de l'épaule droite, fistule persistant pendant dix mois, opération sur l'épaule et le bras ayant laissé une cicatrice de 10 à 15 centimètres sur la face interne de la moitié supérieure du bras.

En 1895, paralysie faciale droite avec violentes douleurs nocturnes dans le côté droit de la tête et à la nuque.

Traité à l'hôpital Saint-Antoine par l'iodure de potassium et les frictions. La paralysie persiste en s'atténuant progressivement, mais il reste une anesthésie complète de la partie supérieure droite de la face.

Octobre 1897. — Outre sa kératite, le malade présente des lésions dentaires et des troubles nerveux. Ces troubles n'ont pas présenté de variations appréciables pendant la durée de son séjour à l'hôpital.

Les cicatrices sont les reliquats des suppurations antérieures.

Les altérations dentaires portent sur les incisives et les canines supérieures et inférieures, tout en étant plus marquées en haut et surtout aux incisives médianes.

Toutes les dents atteintes présentent des lésions analogues. Elles consistent en une atrophie de l'extrémité de chaque dent, la zone atrophiée étant striée verticalement et limitée brusquement par une sorte de sillon transversal.

Les troubles nerveux paraissent remonter à l'année 1895. Ce sont des troubles moteurs légers et des troubles sensitifs et sensoriels très nets, localisés principalement à la moitié droite de la tête.

La paralysie faciale est presque complètement guérie. Cependant la commissure buccale droite (côté paralysé) est légèrement tirée en haut et les mouvements de ce côté sont un peu moins faciles. Pendant la mastication, les aliments s'accumulent sous la joue. La langue a tous ses mouvements conservés et sensiblement normaux. Toutefois, lorsqu'elle est tirée fortement hors de la bouche, elle est légèrement déviée à droite. *

Pas d'autres troubles moteurs soit du côté des yeux, du voile du palais, du larynx, ou des membres.

Les réflexes tendineux sont presque tous forts. L'exagération se montre surtout au genou et au tendon d'Achille et un peu plus à gauche. Pas de irépidation épileptoïde. Le réflexe massétérin s'obtient facilement mais reste faible.

Les réflexes cutanés et notamment le réflexe crémastérien et le réflexe plantaire de Babinski sont nombreux.

Anesthésie complète de la cornée et de la conjonctive droites, ainsi

que des territoires des branches ophtalmique et maxillaire supérieure du trijumeau droit. Sur la ligne médiane, la limite avec la zone de sensibilité normale est diffuse et présente une largeur de 1 à 2 centimètres. Anesthésie incomplète du territoire de la branche maxillaire inférieure droite. Hypoesthésie peu nette de la moitié droite du tronc et des membres. L'anesthésie semble équivalente pour tous les modes : toucher, douleur, température.

L'audition est diminuée à droite : une montre perçue à 25 ou 30 centimètres par l'oreille gauche ne l'est par l'oreille droite qu'à 4 ou 5 centimètres. Des deux côtés, la perception du diapason est meilleure par l'air que par les os. Les membranes tympaniques sont normales. L'affaiblissement de l'ouïe à droite est donc attribuable à une lésion nerveuse ou labyrinthique. Le goût est aboli sur le côté droit de la langue dans toute la partie antérieure. La partie postérieure de la langue est sensible des deux côtés.

L'odorat est aboli également à droite, mais de ce côté on trouve une saillie de la partie antéro-supérieure de la cloison obstruant presque complètement la fosse nasale. De plus il existe des deux côtés un coryza chronique avec quelques croûtes. Il est donc difficile de préciser la cause des troubles de l'odorat. Pas de troubles génitaux ni des sphincters. Pas de troubles de la parole ni de l'intelligence.

Rien à l'auscultation ni à l'examen des viscères, ni sucre ni albumine dans les urines.

En résumé, le malade paraît être un syphilitique héréditaire, à cause des fausses couches de la mère, des altérations dentaires qu'il présente et des lésions cutanées et osseuses pour lesquelles il a été traité plusieurs fois avec succès par la médication antisiphilitique. Sous l'influence probable de cette hérédité, il paraît avoir fait en 1895 une lésion de la région basilaire, lésion ayant détruit presque entièrement le tronc du nerf trijumeau droit, ayant atteint en même temps le facial et l'auditif du même côté et touché plus légèrement la protubérance. Enfin une cause que nous ne croyons pas pouvoir déterminer a provoqué en 1897 la lésion cornéenne, cette lésion évoluant surtout grâce aux troubles existant dans l'innervation de la région.

OBSERVATION XXXI

Thiersch trouva chez une jeune fille de douze ans atteinte de syphilis héréditaire, et se plaignant pendant des mois de douleurs violentes de la tête, des paralysies et parésies dans le domaine des nerfs oculomoteurs, de l'hypoglosse droit, du glosso-pharyngien gauche, de l'abducteur, du facial, du trijumeau et une kératite neuro-paralytique ; les derniers symptômes s'étaient développés dans la durée de cinq jours, le traitement spécifique en amena la régression en grande partie.

OBSERVATION XXXII

Alexander, 1875. Syphilis héréditaire.

Chez un enfant de deux mois s'est développée une paralysie du facial et du trijumeau droits, avec une kératite neuro-paralytique ; en outre, il y avait une éruption papulo-squameuse étendue sur toute la surface cutanée. Le père m'avoua une affection syphilitique contractée trois ans avant le mariage avec une jeune fille florissante. Maintenant la femme, après avoir eu avant l'enfant en question deux avortements, était pâle, anémique, et présentait beaucoup de glandes tuméfiées.

L'enfant est mort quelques mois après dans un état atrophique et misérable.

C'est le seul cas d'une paralysie des muscles oculomoteurs due à la syphilis héréditaire que je connaisse.

OBSERVATION DE VAN MILLINGEN

L'observation qui va suivre nous montre un cas de kératite neuro-paralytique consécutif à une absence congénitale double de la première et de la deuxième branche seulement du trijumeau sensitif et moteur.

Il en résulte tout d'abord que pareillement à ce qui a eu lieu dans la plupart de nos autres observations, l'anesthésie manque dans le domaine du maxillaire inférieur.

Les lésions oculaires consistent en deux kératites ulcéreuses et profondes, ayant les caractères essentiels déjà décrits, avec effacement de la chambre antérieure, contact des iris avec les cornées, cataracte de l'œil gauche.

Mais comme il ne s'agit pas ici d'une tumeur englobant le trijumeau, et en même temps, d'autres départements de la substance cérébrale, on ne constate aucun trouble moteur de l'œil; il n'y a aucune raison, par exemple, pour trouver du strabisme interne ou externe, du ptosis, ce qui indiquerait une paralysie des nerfs de la III^e ou de la VI^e paire.

Celui de la VII^e n'est cependant pas indemne, au moins à sa partie supérieure, car il y a paralysie bilatérale de l'orbiculaire (L'enfant, dit Van Millingen, tenait les yeux grands ouverts et en contact avec le coton).

En tous les cas, il n'y a rien à signaler au sujet d'aucun des autres nerfs craniens d'où aucun trouble sensoriel.

De même on ne relève de troubles moteurs ou réflexes en aucun point du corps, pas d'hémiplégie, pas de paraplégie, pas de convulsions épileptiformes, pas de phénomènes méningitiques. Bon état général. Pas d'antécédents spécifiques, aucun stigmate d'hérédosyphilis.

OBSERVATION XXXIII

Absence congénitale de la première et seconde branche des nerfs trijumeaux ; Kératite neuro-paralytique bilatérale.

Observation clinique par Van Millingen (Constantinople)
Annales d'oculistique, 1898, Tome 120.

Le sujet de cette observation probablement unique était une fille Turque, âgée de six ans, née de parents bien portants et non syphilitiques. Les parents avaient constaté l'anesthésie des yeux de leur enfant, aussitôt qu'elle commença à se les frotter ; ils avaient remarqué que l'enfant se touchait les cornées sans cligner des yeux.

En examinant cette petite pour la première fois, j'ai constaté une kératite ulcéreuse profonde envahissant plus qu'un quart de chaque cornée et ne laissant qu'une petite portion des pupilles libres. Les chambres antérieures étaient effacées et l'iris se trouvait en contact avec la cornée, une opacité de forme légèrement pyramidale se trouvait sur la capsule antérieure de l'œil gauche, indiquant l'ancienneté du processus ; en effet, la kératite datait de plus d'une année dans l'œil gauche. Il n'y avait ni photophobie, ni larmoiement, et l'enfant tenait ses yeux grands ouverts. Jamais elle ne s'est plainte de douleurs. La vue était assez bonne pour permettre à l'enfant de circuler librement.

L'anesthésie des cornées et de la conjonctive était absolue, elle s'étendait d'ailleurs sur le front jusqu'à la région de la suture fronto-pariétale et elle descendait sur les joues et la lèvre supérieure, le nez, les fosses nasales et la bouche. La langue et la lèvre supérieure étaient sensibles.

L'enfant, quoique très intelligente, avait l'air hébété, parce qu'elle tenait la bouche toujours ouverte et que la salive lui coulait constamment hors de la bouche. Elle se mordait souvent la muqueuse des joues en mangeant.

J'ai procédé en un temps à la cautérisation des ulcérations et à l'iridectomie, sans emploi de chloroforme. L'opération s'est faite sans douleur et j'ai terminé l'intervention en pratiquant la tarsorrhaphie sans rencontrer la moindre réaction de la part de l'enfant.

Un bandeau aurait été nuisible, parce que l'enfant tenait les yeux grands ouverts et en contact avec le coton. Le résultat a été excellent, et la guérison des plus rapides. La cataracte de l'œil gauche s'étant étendue, j'ai pratiqué quelques mois plus tard l'extraction avec un résultat parfait.

L'absence de troubles trophiques soit dans la bouche, soit ailleurs, dans ce cas, semble indiquer que les nerfs trophiques sont indépendants des nerfs de sensibilité; la cicatrisation après l'opération a été des plus régulières. L'anesthésie de l'iris a été clairement démontrée par le fait que l'excision de cette membrane n'a causé aucune douleur.

La tendance à la cicatrisation des plaies opératoires dans des cas pareils a déjà été observée par de Græfe et par Sæmisch et probablement par d'autres. En terminant cette observation, je remarquerai que la kératite neuro-paralytique chez cette petite, ne pouvait avoir d'autre cause qu'une anomalie congénitale, vu le parfait état de santé dont jouissait la petite, et l'absence de traumatisme ou de maladie infectieuse à une époque quelconque de sa vie.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Parmi nos trente-deux observations de kératite neuro-paralytique Σ , onze d'entre elles donnent le détail des autopsies qui ont pu être pratiquées. Nous y avons joint l'examen d'un œil enlevé sur le vivant (observation de Schweinitz). Comme on a déjà pu le constater dans notre chapitre de symptomatologie, nos cas de kératites neuro-paralytiques ne sont que des manifestations de la syphilis cérébrale.

Nous avons affaire à des lésions qui siègent soit au niveau du ganglion de Gasser, soit dans son voisinage immédiat. Ces lésions peuvent alors englober en même temps soit le ganglion lui-même, soit les filets nerveux du trijumeau ou bien simplement exercer sur eux une compression de voisinage.

Nous avons donc à envisager :

- 1° L'étude des lésions encéphaliques;
- 2° Les lésions du trijumeau et du ganglion de Gasser;
- 3° Les lésions des autres nerfs craniens;
- 4° Les lésions osseuses intra-craniennes;
- 5° Les lésions de l'œil.

1° EXAMEN MACROSCOPIQUE

Encéphale. — Il s'agit en général de lésions de la base du crâne, intéressant presque toujours les méninges, c'est un processus de méningite syphilitique.

Souvent les méninges sont épaissies (le sujet de Westphall, présente un épaississement de la pie-mère au niveau du chiasma, et un autre plus accentué au niveau du lobe occipital gauche et du cervelet.

Wagner remarque un épaississement de la dure-mère à la base, atteignant aussi la pie-mère. C'est l'arachnoïde qui est épaissie chez le malade de Power.

D'autres fois la lésion méningée se présente sous la forme d'une masse fibreuse résultant de la fusion des méninges entre elles (Lancereaux).

On voit aussi la pie-mère envahie de nodosités jaunâtres (Ramskill), les méninges semées de gommés miliaires (Pick).

Quelle que soit la forme de la lésion, elle ne reste pas localisée aux méninges qui constituent ordinairement leur siège initial; celles-ci adhèrent à la substance cérébrale, qu'elles englobent dans leur lésion, qu'elles absorbent en déterminant le plus souvent des foyers de ramollissement plus ou moins nombreux, plus ou moins étendus (Uthoff, Power, et Leudet). D'autres fois, au contraire, la substance nerveuse est indurée (Lancereaux), ce sont alors des foyers de sclérose cérébrale. On voit aussi assez souvent des nodosités gommeuses (Westphall).

Tous ces foyers ont leur siège le plus souvent au niveau du lobe occipital et du cervelet (Westphall), et surtout au niveau du pont de Varole (Pick, Dixon), du rocher (Lancereaux), du sphénoïde, de la selle turcique (Dixon, Uthoff), en un mot de la base et plus particulièrement de la partie la plus voisine du trijumeau.

Mais il existe aussi des lésions dans les hémisphères (Uthoff), des deux côtés surtout à droite, au niveau du sillon de Rolando et des corps striés. (Power; tumeur dure au centre des hémisphères droit et gauche); on peut en trouver en un point quelconque de la substance cérébrale. Quelquefois même à la moelle épinière (Pick). Lorsqu'on trouve des lésions des deux côtés du cerveau, il ne peut en résulter une kéra-tite double que s'il existe un englobement ou une compression

bilatérale des trijumeaux ou des ganglions de Gasser, ce qui est le cas pour le malade de Power.

Trijumeau et ganglion de Gasser. — Chez ce dernier il n'est signalé aucune modification visible au niveau de ces organes; leur compression seule semble donc devoir être mise en jeu.

Quelquefois on ne signale qu'un simple changement de coloration.

Chez le malade de Charcot et Gombaut par exemple, le trijumeau droit est plus gris que celui du côté opposé. On n'a rien remarqué de plus. Chez celui de Leudet, le ganglion de Gasser gauche est blanc au lieu d'être gris. Ce n'est pas ici la seule altération visible; le trijumeau gauche est diminué de volume, surtout sa branche ophtalmique.

Le sujet d'Uthoff a son trijumeau droit fort aminci. Mais le plus souvent le trijumeau ou le ganglion de Gasser sont augmentés de volume parce que la tumeur fait corps avec eux.

Westphall remarque chez son sujet une masse gommeuse du volume d'un noyau de cerise logeant le trijumeau droit dans toute sa longueur jusqu'au ganglion de Gasser exclusivement: celui-ci n'a subi aucune modification.

L'épaississement dure-mérien signalé à la base chez le malade de Wagner englobe le trijumeau et le comprime tout à la fois; celui-ci est englobé à droite, chez le malade de Lancereaux, par la masse fibreuse signalée plus haut au sommet du rocher. Ici le ganglion de Gasser droit est moins saillant et plus plat que celui du côté gauche. C'est une mince bandelette de coloration blanchâtre indurée, résistante.

Le ganglion de Gasser peut être seul atteint directement sans que les fibres du trijumeau qui en émanent ou y aboutissent soient comprises dans la tumeur. Enfin le trijumeau n'est pas pris uniquement à sa sortie du ganglion, il peut être lésé au voisinage de ses noyaux d'origine bulbo-protu-

bérantiels: Pick signale chez son sujet la dégénérescence de la racine ascendante de ce nerf à droite. Chez celui de Leudet, la racine sensitive du trijumeau est surtout lésée au niveau de la protubérance.

Autres nerfs craniens intéressés par la lésion. — Nous avons signalé dans notre symptomatologie des troubles moteurs et sensoriels consécutifs à la paralysie des autres nerfs craniens. Ces troubles se vérifient aussi à l'autopsie. Chez le malade de Dixon, le nerf de la troisième paire est rejeté sur la ligne médiane par la tumeur; cette même tumeur envoie une expansion qui pénètre dans l'oreille interne, où elle intéresse à la fois le nerf auditif et le nerf facial.

Chez le sujet de Lancereaux en même temps que le trijumeau, les nerfs de la septième et de la huitième paire du côté droit sont englobés dans la masse fibreuse. Enumérer les autres exemples serait tomber dans des redites. Qu'il nous suffise de dire que la plupart des nerfs craniens dont nous avons parlé plus haut et en particulier le facial, le moteur oculaire commun, le moteur oculaire externe, le nerf auditif et le nerf optique sont ou bien atrophiés par la compression du voisinage ou bien englobés dans des foyers de ramollissement, dans des tumeurs gommeuses ou fibreuses, modifiés dans leur volume, leur consistance ou leur coloration et cela en des points plus ou moins éloignés ou rapprochés de leurs noyaux d'origine.

Lésions osseuses intra-craniennes. — La tumeur méningée ne se contente pas toujours d'envahir la substance cérébrale, elle peut se propager à l'os sous-jacent; ainsi chez le sujet de Dixon, elle absorbe le toit du canal carotidien et arrive ainsi à recouvrir directement la carotide interne. Il y a en outre à signaler parmi les stigmates de la syphilis, de la périostite crânienne (Westphall), une néoformation de l'os sphénoïde relatée par Genkin. C'est elle qui comprime le trijumeau et provoque ainsi la kératite neuro-paralytique. Leudet constate sous le ganglion de Gasser une exostose

qui le comprime et constitue elle aussi la cause de l'affection trigémellaire.

Orbite et œil. — Nous abordons ici une partie très importante de notre sujet, mais les données en sont malheureusement incomplètes car sur les 11 autopsies que nous avons recueillies, l'examen de l'œil n'a été mentionné que trois fois par Dixon, Power et Schweinitz. Les deux premiers donnent très peu de détails; le troisième ne nous fournit que des renseignements d'anatomie microscopique mais bien détaillés. Nous nous réservons d'en parler dans la seconde partie de ce chapitre.

D'ores et déjà nous pouvons dire qu'il semble résulter de ces trois observations que le nerf optique et la rétine sont sains ou tout au moins Dixon ne parle ni de l'un ni de l'autre. Power ne parle pas du nerf optique mais il déclare que la rétine ne présente aucune lésion. La choroïde n'est modifiée que dans l'observation de Dixon où elle a une coloration bien rouge. Les iris sont épaissis dans les trois cas, des deux côtés en ce qui concerne l'observation de kératite bilatérale de Power. Dans celle de Dixon l'iris adhère au milieu du cristallin; sa surface postérieure est noire (pigments). Le cristallin est opaque en son centre.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Nous allons envisager ici:

- 1^o L'examen des lésions cérébrales;
- 2^o L'examen de l'œil.

Lésions cérébrales. — Leur examen microscopique n'a été pratiqué que trois fois, par Dixon, Power et Lancereaux. Power donne peu de détails: tumeurs d'apparence finement granuleuse, par-ci par-là quelques capillaires, pas de capsule. Les deux autres nous montrent un envahissement et une substitution plus ou moins complète de la substance noble par du tissu conjonctif. Chez le premier nous avons

affaire à des cellules ovales ou allongées mélangées à du tissu cellulaire et à des vaisseaux sanguins; chez le second, c'est du tissu fibreux, les produits gommeux se sont résorbés.

Au sein de ces tumeurs les cellules ganglionnaires et les tubes nerveux sont absents ou rares; on en trouve quelques-uns qui sont dépourvus de myélines et réduits à leur cylindre. Dixon constate la subsistance de tubes nerveux dans une seule des branches du trijumeau, la troisième.

Cette constatation est très intéressante, et il est regrettable qu'on n'ait pas songé à la faire chez tous les sujets autopsiés car elle corrobore très bien avec les résultats cliniques; nous avons vu en effet plus haut que les troubles subjectifs et objectifs de la sensibilité étaient moins fréquents et moins complets dans le territoire innervé par le maxillaire inférieur.

Œil. — Le malade de Schweinitz avait l'œil perdu, perforation cornéenne, hernie de l'iris et staphylôme. Il a dû procéder à son énucléation et il en a profité pour en faire l'examen histologique.

Cet examen étant unique, nous renvoyons pour les détails à l'observation où il est relaté et nous nous contenterons d'en rappeler les points saillants. Il s'agit surtout ici de lésions inflammatoires. L'iris gonflé est infiltré ainsi que les corps ciliaires de cellules granuleuses inflammatoires larges et pigmentées, surtout au niveau du tronçon prolabé de l'iris. Les vaisseaux sont atteints d'artérite oblitérante, leur lumière est étroite, leurs parois épaisses, la couche moyenne est remplacée par du tissu fibreux.

La couche épithéliale de la cornée et la conjonctive sont très gonflées, séparées par des collections de petites cellules foncées existant aussi dans le tissu cornéen; ces lésions sont superficielles. Dans le voisinage du canal de Schlemm existe une collection de petites cellules rondes apparemment dirigées vers la lumière du canal.

La choroïde, la rétine et le nerf optique sont sains.

Power nous donne les seuls détails histologiques suivants : après macération dans l'alcool, il constate que la couche épithéliale de la cornée continue à se détacher après la mort.

Orbite. — Bien qu'il ne s'agisse pas ici d'un examen nécropsique puisque le malade a guéri, nous croyons utile au point de vue anatomo-pathologique de signaler qu'Alexander constate chez l'un de ses sujets une exostose orbitaire qui pour lui devait s'étendre dans la profondeur et gagner le ganglion de Gasser.

La compression exercée par la tumeur sur ce ganglion serait pour lui la cause de la kératite neuro-paralytique.

Autres organes. — Leur examen n'est mentionné que quatre fois. Pick constate des lésions de mal de Bright aigu, de pleurite double et de pneumonie lobaire.

Dans les trois autres observations (Leudet, Lancereaux, Uthoff), il s'agit de lésions hépatiques syphilitiques; ce sont généralement des cicatrices étoilées à la surface envoyant des brides fibreuses dans le parenchyme.

Quelques mots de pathogénie

La pathogénie de la kératite neuro-paralytique a été le sujet de longues discussions sur lesquelles nous ne reviendrons pas; nous renvoyons à la thèse de Fromageot qui résume les détails de cette question. Qu'il nous suffise de rappeler que pour expliquer la lésion cornéenne deux groupes contradictoires de théories sont en présence :

- 1^o Les théories trophiques;
- 2^o Les théories rejetant l'origine trophique; ces dernières étant les moins généralement admises.

Les premières se décomposent en :

- a) Théories purement trophiques.
- b) Vaso-motrices.

- c)* Trophique traumatique.
- d)* Vaso-motrice traumatique.

Quoi qu'il en soit de toutes ces théories, il est certain d'une chose, c'est que pour qu'il y ait kératite neuro-paralytique une lésion du ganglion de Gasser ou du trijumeau en avant de ce ganglion, est absolument nécessaire.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic symptomatique est en général assez facile. Avec quoi pourrait-on confondre la kératite neuro-paralytique lorsqu'elle n'est pas ulcéreuse, avec la kératite parenchymateuse à sa période d'infiltration? A ce moment, les symptômes réactionnels sont nuls ou peu accentués consistant seulement en un cercle périkératique, jusqu'à la période de vascularisation qui est accompagnée de photophobie et de larmoiement. Mais, l'infiltration débute le plus souvent par la périphérie et se fait ordinairement dans le tiers supérieur de la cornée, parfois aussi elle débute par le centre comme il arrive quelquefois dans la kératite neuro-paralytique: elles ont aussi toutes les deux, le plus souvent, la syphilis pour origine. Mais l'anesthésie faciale et cornéo-conjonctivale ne peut exister que dans le cas d'une affection trigémellaire, et elle suffit à affirmer le diagnostic même dans les cas où la kératite neuro-paralytique est accompagnée de phénomènes réactionnels.

La kératite parenchymateuse peut dans certains cas avoir une évolution complètement indolore; mais la sensibilité objective n'est jamais modifiée. Chez le malade de Genkin, exceptionnellement il y a de l'hyperesthésie au lieu d'anesthésie, mais c'est toujours une modification de la sensibilité objective.

Chez le premier malade de Lancereaux, à cause de l'absence complète de ces troubles objectifs, le diagnostic ne peut guère se fonder que sur les névralgies du trijumeau et sur ce fait que la kératite siège à la partie inférieure de la cornée.

Les caractères d'atonie et de sécheresse de l'ulcération dans la kératite neuro-paralytique ne permettent pas en général de la confondre avec aucune autre espèce de kératite.

Quant au diagnostic étiologique: lorsque dans les commémoratifs on ne trouve pas le chancre initial, on a à sa disposition tous les symptômes syphilitiques antérieurs ou concomitants que nous avons énumérés: cicatrices étoilées, gommes des tibias, effondrement des os du nez, etc., ou encore des stigmates de syphilis héréditaire que l'on retrouve soit chez l'héritier, soit dans sa paternité ou dans sa maternité; enfin, tous les signes de syphilis cérébrale consistant en hémiplégie, convulsions épileptiformes, vertiges, céphalées intenses, vomissements, etc., signes qui, souvent associés à la paralysie des autres nerfs craniens, permettent par leur plus ou moins grande précision de faire en même temps le diagnostic anatomique en localisant la lésion.

L'autopsie confirme ces trois diagnostics et permet de constater la nature spécifique des lésions qui ne sont en somme que des gommes plus ou moins modifiées suivant le degré de leur évolution, quelques-unes s'étant ramollies d'autres ayant pris une constitution fibreuse.

CHAPITRE VI

EVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution de la kératite neuro-paralytique est en général plutôt lente surtout dans la syphilis acquise. Elle peut mettre des mois, quelquefois des années avant d'aboutir soit à la guérison soit à la mort.

Ici il y a deux choses à considérer: l'évolution de la kératite en elle-même et des autres symptômes oculaires d'une part, et d'autre part l'évolution des phénomènes paralytiques ou mentaux et de l'état général.

Quand la kératite doit guérir, l'opacité cornéenne diminue peu à peu, l'ulcération quand elle existe se répare avec lenteur et le processus aboutit ordinairement à la formation d'une taie ou d'un leucome adhérent comme nous l'avons vu plus haut: l'anesthésie cornéenne et faciale s'en va elle aussi.

Mais la guérison des symptômes locaux n'est pas toujours incompatible avec des accidents cérébraux très importants qui vont même quelquefois en s'aggravant; tel le malade de Koenigstein, dont la kératite aboutit à la constitution d'un leucome et qui présente des phénomènes méningitiques très graves. Tel encore le malade de Charcot et Gombaut dont la kératite semble plutôt être en bonne voie de guérison puisqu'il y a un commencement de vascularisation cornéenne

et par conséquent de réaction inflammatoire, et que l'ulcération a vite disparu, cependant le malade meurt, emporté par une affection du système nerveux.

Au contraire, l'un des malades d'Alexander atteint de kératite ulcéreuse avec hypopion très prononcé assiste à la fonte de son œil et à la guérison de tous ses symptômes généraux.

En général le pronostic est grave car très souvent lorsque le malade ne meurt pas il devient impotent ou aliéné, diminué physiquement ou moralement par des troubles paralytiques ou mentaux consécutifs à la syphilis cérébrale; mais souvent avant que son affection cornéenne ait eu le temps de guérir ou après la perte de son œil, il meurt dans l'adynamie, le marasme paralytique et le coma. Les sphincters se relâchent, il se forme parfois une eschare fessière ou dorsale (Westphall), d'autres fois la mort est précédée d'une diarrhée terminale ou de symptômes pulmonaires (Leudet).

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Le traitement de la kératite neuro-paralytique d'origine syphilitique peut se scinder en deux parties :

- 1^o Le traitement causal ;
- 2^o Le traitement symptomatique.

Le premier s'adresse à la syphilis et consiste par conséquent en sels de mercure soit par la voie digestive, soit par la voie cutanée en frictions, soit mieux encore par la voie hypodermique, mais surtout puisqu'il s'agit ici de tertiarisme en iodure de potassium (Benoit), ou mieux encore le traitement sera mixte.

Sous cette influence, si souvent insuffisante malheureusement, on voit quelquefois disparaître peu à peu les symptômes locaux et généraux ; on voit alors l'ulcération diminuer, la cornée reprendre peu à peu sa transparence normale, les forces revenir dans les membres paralysés, l'état général s'améliorer.

On pourra aussi avoir recours à l'électrisation pour combattre les paralysies (Zambaco), à la faradisation de l'œil (Jany), ce dernier exemple est unique dans nos observations et malgré l'amélioration produite, il est insuffisant pour nous permettre de formuler une opinion décisive sur la valeur de ce traitement. On pourra aussi recourir au bromure

de potassium pour combattre les accès épileptiformes (Kœnigstein), enfin ne pas négliger l'emploi des fortifiants contre l'adynamie qui accompagne si souvent la kéralite neuro-paralytique.

Quant au traitement local, il consistera surtout dans le bandage occlusif de l'œil pour le mettre à l'abri contre les traumatismes extérieurs, car si ceux-ci n'agissent pas comme cause productrice ou même occasionnelle dans la genèse de la lésion cornéenne, ils peuvent aggraver l'état d'un œil déjà atteint de troubles trophiques. Employer aussi quelques antiseptiques faibles comme l'eau boriquée ou la décoction de camomille dans le cas où une invasion microbienne viendrait se surajouter à la lésion trophique.

Instillations d'atropine quand il y a lieu pour combattre la mydriase, ou l'iritis qui vient quelquefois se surajouter à la lésion cornéenne.

Enfin quelquefois on est obligé d'avoir recours à l'énucléation, lorsque l'œil est perdu et qu'il y a menace d'ophtalmie sympathique ou de quelque autre complication grave (Schweinitz).

En fait d'intervention chirurgicale en vue de la guérison de l'affection oculaire, nous n'avons que deux exemples à citer, celui de Terson père, et celui de Van Millingen, qui ont tous les deux pratiqué avec succès sur leurs sujets la tarsorrhaphie interne.

CONCLUSIONS

1^o La kératite neuro-paralytique d'origine syphilitique est une affection excessivement rare;

2^o Elle a pour cause immédiate une névrite du trijumeau produite par une lésion, soit du ganglion de Gasser, soit du trijumeau en avant de ce ganglion;

3^o Le trijumeau tient sous sa dépendance non seulement des éléments sensitifs et moteurs, mais encore des éléments trophiques destinés à la cornée.

4^o La cause la plus fréquente des névrites du trijumeau est la syphilis cérébrale qui comprime ou absorbe la région trigémellaire soit par un processus gommeux d'origine méningitique, ce qui a lieu le plus souvent, soit par une tumeur osseuse du rocher (exostose);

5^o La kératite neuro-paralytique syphilitique est une affection très grave, non seulement par elle-même, mais par tous les autres phénomènes cérébraux qui l'accompagnent le plus souvent et peuvent compromettre la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, toutes les fonctions motrices, l'état général, la vie du malade;

6° La kératite neuro-paralytique dans la syphilis héréditaire est encore beaucoup plus rare, et il semble que les phénomènes cérébraux concomitants y soient moins au complet.

Vu : Bon à imprimer,
Le Président de la Thèse,
A. PITRES.

Vu : Le Doyen,
A. PITRES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 13 Novembre 1908
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- 1845-1846 DIXON. — A case in which a large tumour was developed in the substance of the fifth nerve and its ganglion. *Medico-Chirurgical Transactions*. Vol. XXVIII, p. 155 et Vol. XXIX p. 131 à 135.
- 1860 LEUDET. — Recherches cliniques pour servir à l'histoire viscérale de la Syphilis. In *Moniteur des Sciences médicales et pharmaceutiques*, N° 149 et 150, p. 1189 et 1793.
- 1861 LANCEREAUX. — In Gros et Lancereaux. Affections nerveuses syphilitiques, p. 116.
- 1862 ZAMBACO. — Des affections nerveuses syphilitiques, p. 348.
- 1863 WESTPHALL. — Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Berlin Vol. 20, p. 484-497.
- 1863 WAGNER. — In Uthoff, *Arch. f. ophthalmologie*, 1893.
- 1868 RAMSKILL. — A case of paralysis of the third, fifth, sixth, and seventh cranial nervens. *The Lancet*, p. 406 et 813.
- 1873 POWER. — Four cases of double optic neuritis. *Saint Bartholomew's Hospital Reports*, p. 181-191.
- 1873 CHARCOT ET GOMBAUT. — *Archives de Physiologie*, p. 147.
- 1878 KÖNIGSTEIN. — Demonstration eines Falles Von Lamung Samtlicher Augenmuskeln in Folge Von Syphilis. *Wiener medizinische Presse*, 563.
- 1879 FOURNIER. — Leçons sur la Syphilis cérébrale, p. 367.
- 1881 LANCEREAUX. — Leçon publiée dans *l'Union médicale* p. 40.
- 1881 JANY. — Kératite neuro-paralytique. Guérison. *Centralblatt, für prakt. Augenheilkunde*, p. 193.
- 1886 GENKIN. — *Russkaja med.* N° 9, 1886, (in Uthoff, 1893).
- 1887 THIERSCH. — Zur casuistik der Hirn Syphilis. *Münchener med. Wochenschrift*, p. 24-25.
- 1889 ALEXANDER. — Syphilis und Auge, p. 28 et p. 187.

- 1891 G.-E DE SCHWEINITZ. — Neuro-paralytic Keratitis. *Archives of ophthalmology*, p. 26-31 Vol. XX.
- 1892 PICK. — De la Syphilis cérébro-spinale. *Gazette médicale de Prague*. N° 24.
- 1893 UTHOFF. — Untersuchungen über die bei der Syphilis des central nervensystems vorkommenden Augenstörungen in. *Arch. für ophthalmologie Leipzig*, p. 23-28.
- 1893 PANAS. — Kératite neuro-paralytique. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, p. 23.
- 1893 LAMY. — Th. Paris, 1892-93, vol. 14, p. 68.
- 1894 PANAS. — Traité des maladies des yeux, Tome I.
- 1895 BENOIT. — Troubles du nerf Trijumeau au cours des paralysies oculo-motrices. *Revue de médecine*, juillet.
- 1896 WESTHOFF. — *Annales d'oculistique*, mai.
- 1898 GALEZOWSKI. — *Journal des praticiens*, 5 mars.
- 1898 FROMAGEOT. — De la Kératite neuro-paralytique d'origine syphilitique. Th. de médecine de Paris, 1897-98 vol. 18.
- 1898 VAN MILINGEN. — Observation clinique (Constantinople) absence congénitale de la première et seconde branche des nerfs Trijumeaux. Kératite neuro-paralytique bilatérale, *Annales d'oculistique* 1868, tome 120.
- 1901 TERSON père. — Kératite Neuro-paralytique au cours d'une syphilis cérébro-spinale. Guérison par la tarsorrhaphie interne. — *Annales d'oculistique* 1901.
-

